UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 4

Aperçu Clinique des différentes Méthodes POUR PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Supériorité de l'emploi des ballons de Champetier de Ribes

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 2 juillet 1915

PAR

M. Jean-François-Léon THOVISTE

Né à Amplepuis (Rhône), le 20 janvier 1888

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *prof. de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT
HÉRAIL, *prof. de thérapeutique et matière médicale.*
POUJOL, *prof. d'anatomie pathologique*..... JUGES.
FERRARI, *chargé des fonctions d'agrégé*.....

ALGER

ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR

PLACE DU GOUVERNEMENT

1915

Aperçu Clinique des différentes Méthodes

POUR PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1915. — N° 4

Aperçu Clinique des différentes Méthodes POUR PROVOQUER L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Supériorité de l'emploi des ballons de Champetier de Ribes

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 2 juillet 1915

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

M. Jean-François-Léon THOVISTE

Né à Amplepuis (Rhône), le 20 janvier 1888

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *prof. de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT

HÉRAIL, *prof. de thérapeutique et matière médicale.*
POUJOL, *prof. d'anatomie pathologique*.....
FERRARI, *chargé des fonctions d'agrégé*..... } JUGES.

ALGER

ADOLPHE JOURDAN, ÉDITEUR

PLACE DU GOUVERNEMENT

1915

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM.	CURTILLET (✲, I. ✿).
ASSESSEUR		TRABUT (✲, I. ✿, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (I. ✿).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✿).
Physiologie		REY (✲, I. ✿).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✿)
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✿).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		BRAULT (✲, I. ✿).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (✲, I. ✿
Clinique obstétricale		ROUVIER (✲, I. ✿).
Clinique ophtalmologique		CANGE (✲, A. ✿).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✿, ◎).
Pharmacie		BATTANDIER (I. ✿).
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✿).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT, (✲, I. ✿, O. ❁).
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (I. ✿).
Hygiène et médecine légale		CRESPIN (I. ✿).
Histologie		ARGAUD (I. ✿).
Physique médicale		DUFOUR (I. ✿).

CHARGÉ DE COURS, PROFESSEUR ADJOINT

Chimie biologique	M.	SAMBUC (I. ✿).

AGREGÉS EN EXERCICE

Médecine générale	MM.	GILLOT (I. ✿).
Physiologie		BATTEZ.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Chaires d'anatomie et de physiologie	MM.	LEBLANC (A. ✿).
Chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale		E. CABANES (A. ✿). FUSTER.
Chaires de chimie et de physique		MALOSSE (A. ✿).
Chaires de pharmacie et de matière médicale		MUSSO.
Section de médecine générale		RAYNAUD
Section de chirurgie		LOMBARD.
Section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine		NÈGRE.

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A MA FEMME

Qui m'a aidé par ses encouragements et par ses soins incessants à mener à bien mes études.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR ANNE-MARIE

A MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage d'affection et de profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A Madame PALLIER

A Monsieur Charles PALLIER

Administrateur de 1re classe des Services civils d'Indo-Chine
en retraite.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

Monsieur le Professeur ROUVIER

Qui nous a inspiré le sujet de ce travail et a eu l'extrême bienveillance de nous diriger dans sa composition et sa rédaction.

Nous le remercions vivement de l'accueil aimable qu'il nous a réservé dans son service de la Clinique Obstétricale de la Maternité d'Alger.

A MES JUGES :

MM. HÉRAIL, Professeur de thérapeutique et de matière médicale.

POUJOL, Professeur d'anatomie pathologique.

FERRARI, Chargé des fonctions d'agrégé.

A LA MÉMOIRE de Monsieur le Professeur JABOULAY

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE LYON :

MM. les Professeurs A. POLLOSSON, TIXIER, BÉRARD,
NOVÉ-JOSSERAND, PIC, MORAT, RENAULT,
ROQUES, VALLAS.

A MM. les Docteurs MOUISSET et LECLERC

Médecins des Hôpitaux de Lyon

A Monsieur le Professeur CURTILLET

Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger

Hommage très respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ D'ALGER

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Au moment d'accomplir notre dernier acte de scolarité, il nous est agréable de nous reporter en arrière et de nous souvenir des bonnes relations que nous avons eues avec M. le docteur Leriche, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, et M. le docteur Léon Nové-Josserand.

Nous avons conservé aussi un très bon souvenir de notre passage dans les services de MM. les docteurs Moggi et Gardon, chirurgien et médecin à l'hôpital de Birtraria.

Enfin nous nous rappelons avec plaisir les bonnes relations d'amitiés que nous avons eues avec M. le docteur Duboucher et M. le docteur Pouget, chef de clinique obstétricale, ainsi qu'avec MM. les docteurs Scal, Pons Leychard, Legendre, Marchioni, Fischer, Mme et M. le docteur Torre Lovichi.

INTRODUCTION

L'accouchement dans les bassins viciés a justement préoccupé les accoucheurs dès les débuts de l'art obstétrical. Il s'agit d'obtenir, ici comme en toutes choses, le rendement maximum. Ce rendement est relatif à deux résultats : l'état de la mère après l'accouchement, l'état de l'enfant après sa naissance. En d'autres termes les méthodes thérapeutiques employées doivent faire courir à la femme le minimum de dangers et donner à son enfant le maximum de chances de vie et de vie dans de bonnes conditions. De plus la mère devra être laissée par l'acte thérapeutique dans les meilleures conditions possibles pour l'alimentation naturelle du produit de sa grossesse et, autant que faire se peut, dans un état organique et physiologique qui lui permettra des grossesses futures. Ces considérations qui de tout temps ont été d'une haute portée au point de vue de la conservation de la race humaine et de son extension, sont encore plus de mise aujourd'hui où nombre d'humains disparaissent sur les vastes champs de bataille de la période épique que nous traversons.

Dans son enseignement clinique M. le professeur Rouvier insiste sur cette constatation que la plupart des *pelviviciations anatomiques* sont assez peu marquées pour permettre, lorsque la femme consulte l'accoucheur avant le terme de la grossesse, de sauvegarder les intérêts de la mère et de l'enfant en évitant toute opération sanglante. C'est dans ces cas que l'accouchement prématuré provoqué sera particulièrement indiqué et utile. Les

opérations sanglantes doivent être strictement réservées aux cas où la pelviviciation très grave nécessiterait une expulsion fœtale trop précoce, c'est-à-dire à une époque où la viabilité de l'enfant ne serait pas suffisante (avant la fin du huitième mois).

Elles sont encore de mise dans les cas de *pelviviciation fonctionnelle* constatée au terme de la grossesse ou au cours de l'accouchement quand, tardivement, on s'aperçoit que à des diamètres pelviens normaux, ou presque, s'opposent des diamètres fœtaux manifestement exagérés. Et encore, dans ces cas, l'opération césarienne ne devra-t-elle être pratiquée, à l'exclusion des autres opérations obstétricales, que si elle s'impose absolument.

Mais comment faire cet accouchement prématuré ? Sans aucun doute par la méthode démontrée comme la plus efficace par ses résultats cliniques et qui se rapproche le plus du travail physiologique. M. le professeur Rouvier estime que cette méthode est la méthode de Champetier de Ribes : nous le remercions d'avoir attiré notre attention sur cette idée dont nous avons fait le sujet de notre thèse inaugurale. Nous nous excusons auprès de lui de n'avoir peut-être pas tiré tout ce qu'on peut tirer de la belle collection d'observations que possède la Maternité d'Alger ; nous avons comme « circonstances atténuantes » les difficultés du travail et des recherches pendant la période que nous traversons. Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter la dédicace de notre travail. C'est avec plaisir que nous lui offrons ce gage de respect.

Nous diviserons notre travail en plusieurs parties. Après un court chapitre ayant pour but de légitimer l'emploi de l'accouchement prématuré provoqué (bassins légèrement rétrécis), nous étudierons soigneusement la physiologie du début du travail cherchant à distinguer parmi nos connaissances actuelles quelle est celle qui satisfait le mieux l'esprit. Dans un troisième

chapitre nous passerons en revue les différents procédés employés jusqu'à ce jour pour provoquer l'accouchement et nous rechercherons, par le raisonnement et les faits établis, quel est le meilleur d'entre eux. Nous verrons, dans nos observations, les résultats qu'ont donné à la Maternité d'Alger ceux qui y ont été employés et, enfin, dans un dernier chapitre, nous dirons comment nous concevons la pratique de l'accouchement prématuré provoqué.

Chapitre premier

Les méthodes thérapeutiques actuelles des bassins rétrécis. — L'accouchement prématuré provoqué doit-il être conservé dans cette thérapeutique ?

On peut dire, sans exagération, que le diagnostic et le traitement des viciations pelviennes constituent la plus grande partie de l'art des accouchements. Ce traitement ne peut être rationnellement établi que par un diagnostic précis des obstacles à l'expulsion spontanée du fœtus.

Le diagnostic devenu possible par l'examen clinique du squelette et des parties molles qui recouvrent le bassin (modification du quadrilatère obstétrical, de la forme extérieure du bassin, des plis fessiers et interfessiers), par les mensurations du bassin et son examen interne par la voie vaginale, est devenu aisé et précis grâce à la radiographie métrique. Et, ainsi, la première partie du problème est à peu près résolue.

En est-il de même de la deuxième partie, le traitement ? On ne peut malheureusement pas répondre oui. Cependant, des nombreuses discussions qui ont eu lieu dans les Congrès ou les Sociétés savantes pendant ces quinze dernières années semblent se dégager certaines conclusions assez fermes et qui ont des chances d'être définitives. Aussi nous serons très bref sur la description des méthodes préconisées à une époque antérieure et qui ne semblent plus justifiées ou tout au moins en concordance avec les recherches obstétricales plus récentes.

La *diète de Prochownick* proposée autrefois pour permettre, par le développement souffreteux de l'enfant l'accouchement à terme, a été complètement rejetée. Elle est loin de donner les résultats espérés et elle peut être préjudiciable à la mère (éclosion de tuberculose) ou à l'enfant (débilité).

La *version prophylactique* doit être limitée. Cependant dans les cas où l'anamnèse est très chargée, lorsque le travail de l'accouchement est faible, chez les multipares et dans les cas de bassin rachitique aplati, cette opération, entre des mains exercées, peut donner de bien meilleurs résultats que les statistiques ne le montrent.

On ne doit pas faire *d'application haute de forceps* lorsque la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur. La tête doit se trouver dans l'entrée du bassin ou au moins en grande partie. Cette opération donne pour l'enfant un meilleur résultat, mais elle est plus mauvaise pour la mère que la version. Elle peut être faite où il y a une discordance modérée entre le bassin et la tête et où la mère n'insiste pas pour avoir un enfant vivant, où il y a un opérateur exercé et où la mère refuse l'hébotomie ou la césarienne.

H. Rotter a récemment proposé, dans les bassins aplatis, la *résection prophylactique du promontoire*. Cette opération consiste à aller, par voie transpéritonéale, faire sauter un fragment ostéofibreux de 1,5 à 2 cent. et formé par la cinquième vertèbre lombaire, la première vertèbre sacrée et le disque intervertébral qui les unit. Cette opération, purement prophylactique, et que l'on fait avant toute grossesse ou au tout début de celle-ci tend à l'agrandissement définitif du conjugué vrai. Le gain obtenu peut être de 2 cent. et, quand il est tel, il permet l'utilisation d'un diamètre traverse plus postérieur et, partout, plus grand.

Cet agrandissement du conjugué vrai et du transverse utilisable est bien souvent définitif car les cals exubé-

rants sont rares. La statique de la colonne vertébrale n'est pas compromise ainsi qu'en fait foi l'observation prolongée de plusieurs opérées.

Pour Rotter les limites inférieures de cette thérapeutique seraient un conjugué vrai de 7 cm. Pour Gertensberg il ne faudrait pas l'employer au-dessous de 8 cm. De plus il ne faut l'appliquer qu'aux bassins plats par saillie du promontoire.

L'opération de Rotter serait à conseiller vivement si elle donnait entre toutes les mains les bons résultats que son promoteur dit en avoir obtenu. C'est une opération étiologique, si l'on peut s'exprimer ainsi, qui, bien que grave, peut, actuellement, se faire sans trop de dangers et qui n'a pas besoin, comme la césarienne d'être répétée à chaque grossesse. Mais elle est trop nouvelle pour que l'on puisse se faire une idée fondée de sa valeur.

La *symphyséotomie* est une opération à rejeter. Si elle donne, ainsi que l'ont montré Farabeuf, Döderlein et Vehle, un agrandissement pratique du diamètre antéro-postérieur utile de 3 cm. et un agrandissement du diamètre transverse utilisable, si ces agrandissements peuvent être plus ou moins définitifs, elle a le grave inconvénient d'ouvrir une articulation de laisser une démarche des plus disgracieuses (déhanchement) et quelquefois une véritable infirmité. D'autre part bien que nos opérations soient, aujourd'hui, aseptiques, il est bien difficile d'empêcher l'envahissement microbien des vastes déchirures et des décollements que l'écartement symphysaire produit d'autant plus sûrement que, dans les bassins rétrécis, les voies molles sont peu développées. Les simples excoriations de la muqueuse de la filière pelvienne, qui, dans l'accouchement normal, n'auraient aucune importance, sont autant de portes d'entrée pour les bactéries qui, propagées par voie sanguine ou par voie lymphatique, vont coloniser avec élection dans les foyers contus du petit bassin.

Il faut donc franchement préférer l'*opération de Gigli* à la symphyséotomie. L'hébétomie ne crée pas de plaie articulaire et les déchirures qu'elle produit sont moins considérables surtout si on a soin de faire la section osseuse le plus loin possible de la symphyse. Exécutée rationnellement et avec une technique améliorée elle est, à terme, l'opération de choix dans certaines indications précises : multipare ayant un conjugué vrai non inférieur à 7,5 ou 8 cm. selon le caractère du bassin et le degré du rapport entre ses diamètres et la tête du fœtus.

L'opération de Gigli, assez facile à exécuter, donne un agrandissement du conjugué vrai et du transverse à peu près égal à celui que donne la symphyséotomie. Le résultat pour la mère est des meilleurs malgré les quelques risques de déchirures et de décollement des parties molles. Ces risques la font formellement contre-indiquer chez les primipares à parties molles d'autant moins développées qu'il s'agit d'un bassin rétréci.

L'agrandissement du bassin est tout au moins partiellement permanent et les accouchements futurs ont quelque chance de se faire spontanément. Mais les prolapsus et les hernies sont possibles en raison des déchirures molles. Certains auteurs, pour empêcher ces accidents de se produire, cherchent à éviter un agrandissement permanent, quitte à faire des hébotomies itératives.

Les résultats pour l'enfant sont moins bons que dans la césarienne car on est quelquefois obligé de faire des interventions meurtrières. Cependant la mortalité fœtale n'est pas très élevée. La morbidité maternelle est, aussi, peu élevée.

La *césarienne* est une grosse opération, seule indiquée cependant quand, aucun doute n'existant sur l'asepsie utérine, on a affaire à un rétrécissement plus petit que 7 cm. et quand la mère veut absolument un enfant vivant. La mortalité infantile est, en effet, à peu près nulle. Mais le pronostic maternel est celui d'une grave opéra-

tion intra-abdominale compliquée d'une grosse hémorragie. Les variétés diverses proposées, et notamment la variété sous-péritoniale, ne donnent pas des résultats sensiblement meilleurs que l'opération classique. Au lieu de 5 % de léthalité on arrive à 4,5 %.

D'autre part, la césarienne laisse sur l'utérus une cicatrice et, aujourd'hui, des constatations anatomiques précises ont montré la fréquence de l'amincissement (21,73 p. 100 des cas dit Bar) de cette cicatrice, d'où facilité de rupture (2,06 p. 100 d'après Marioton) dans un travail ultérieur. Aussi, quand on a une fois césarisé un utérus il faut le récésariser à toutes les grossesses, et cela avant tout début de travail. Or les adhérences rendent les opérations itératives plus difficiles : on en trouve dans 52,30 p. 100 des cas ; dans 4,76 p. 100 elles sont étendues et fortes ; parfois il y a une vraie symphyse utéro-pariétale (Brindeau, Couvelaire, Voron et Tixier).

Bar (1909) a prétendu que la grande cause de l'amincissement de la cicatrice et du développement des adhérences est l'infection : celle-ci faciliterait l'élimination trop précoce des fils et créerait une péritonite plastique localisée et bénigne. Une infection qui resterait aussi bénigne dans une séreuse aussi fragile que le péritoine nous laisse rêveur. Il est d'ailleurs démontré expérimentalement que l'irritation mécanique du péritoine donne une péritonite plastique localisée bénigne se traduisant par des exsudats modérés qui s'organisent ensuite en adhérences.

Quoiqu'il en soit la césarisée avec succès a devant elle un avenir peu agréable si elle a de nouvelles grossesses. A chacune d'elle elle devra se soumettre à une opération grave, dangereuse quoiqu'on en dise, ou tout au moins pénible, ou bien courir les risques d'une rupture utérine et voir son enfant perforé. Ce n'est probablement pas sans un certain frisson que les accoucheurs qui veulent peut-être trop étendre la césarienne, passeraient sur la

table d'opération pour une intervention abdominale des plus shockantes, ne donna-t-elle que 5 p. 100 de léthalité. Il ne faut donc pas s'étonner si la majorité des césarisées, justement effrayées par la perspective d'une nouvelle opération, font tout pour éviter une nouvelle grossesse et se livrent, sur une très grande échelle, aux pratiques anticonceptionnelles. Et si une grossesse survient malgré tout elle est toujours considérée comme un incident fâcheux que les circonstances ou l'état psychique n'ont pas permis d'éviter. Malgré tout ce qu'on dit aux femmes sur la bénignité de la césarienne itérative, elles ont, ne serait-ce que par suite du schock opératoire toujours marqué, l'impression qu'on leur a fait quelque chose de sérieux (Commandeur).

Aussi 75 p. 100 des césarisées n'ont plus d'enfants. C'est une considération peut-être plus importante aujourd'hui que jamais dans les cas où la césarienne n'a que des indications relatives et peut être discutée grâce à d'autres interventions thérapeutiques (pubiotomie, accouchement prématuré provoqué).

Au contraire on est souvent surpris par la remarquable fécondité des femmes soumises à l'*accouchement prématuré provoqué*. Cette opération semble physiologique aux femmes, elles raccourcissent volontiers leur grossesse et ses ennuis et elles s'y soumettent facilement : les cas où on a appliqué 3 et même 4 fois cette thérapeutique ne sont pas rares, d'où gain social de 2 ou 3 individus.

D'autre part, pratiqué au moment voulu, l'accouchement prématuré ne saurait léser les intérêts immédiats ou éloignés de l'enfant qui va naître. Il résulte, en effet, des statistiques globales récemment publiées que, quand il aboutit, après un travail régulier, à la naissance spontanée d'un enfant de plus de 2.000 gr., celui-ci se développe, sinon aussi bien qu'un enfant à terme, du moins assez facilement et dans des conditions satisfaisantes. Delaigne dans sa thèse (1909) a donné 78 observations

avec une mortalité immédiate de 12,82 p. 100 et une mortalité à la sortie de 20,51 p. 100. Parmi les enfants que l'on a pu retrouver, au nombre de 30, on n'a constaté aucun cas de développement insuffisant ou défectueux : les 30 enfants ne se distinguaient nullement des autres du même âge nés à terme.

Planchu et Montcharmant (1909) ont donné une autre statistique portant sur 449 enfants. 115 d'entre eux pesaient plus de 3.000 grammes et ont été nourris par leur mère : aucun n'est décédé. Sur les 379 autres, il y a eu 27 décès, soit 7,12 de pourcentage, lequel s'est distribué ainsi :

Enfants de	2.000 à 3.000 gr.	: léthalité de	4,54 p. 100
—	1.750 à 2.000	—	12, » —
—	1.500 à 1.750	—	25, » —
—	1.250 à 1.500	—	62,5 —

On voit, d'après ces renseignements, que l'accouchement prématuré provoqué, employé dans certaines limites de poids fœtal (ou de volume) et par suite de bassin, est défendable aussi au point de vue du nouveau-né. Il est même essentiellement défendable quand il doit, toutes choses se passant bien, aboutir à la naissance spontanée d'un enfant de 2.000 et surtout de 2.500 grammes.

En somme la plupart des méthodes préconisées ont eu en vue d'atténuer ou de surmonter, pendant le travail, les obstacles résultant de la disproportion des diamètres fœtaux et de ceux de la filière pelvienne. Tels sont les procédés de Walcher-Crouzat, de Jonges-Devraigne, les applications de forceps, la pratique des diverses versions obstétricales, enfin les opérations sanglantes sur le fœtus (céphalotomie, basiotripsie, embryotomie, etc.) ou sur la mère (symphyséotomie, opération de Gigli, opération césarienne).

Mais ces méthodes ne peuvent être imposées qu'en cas d'urgence. Il est incontestable qu'ils doivent céder le

pas, lorsque l'attention de l'accoucheur est appelée à temps, en cours de grossesse, aux méthodes prophylactiques. Celles-ci sont peu nombreuses. L'une incertaine est la diète de Prochownick, l'autre donne des résultats toujours incontestables, c'est l'expulsion prématurée provoquée. Mais si l'on tient compte des résultats à rechercher, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, l'expulsion avant terme sera rejetée si elle doit être provoquée à une époque où le fœtus n'est pas suffisamment viable : la préférence sera alors donnée aux interventions opératoires pratiquées au terme de la grossesse.

Fort heureusement les pelviciations moyennes ou peu accentuées sont de beaucoup les plus nombreuses et, dans la majorité des cas, l'expulsion prématurée ne s'impose que vers la fin du 3e trimestre et généralement au cours du 9e mois. Or, à cet âge, le fœtus ayant au moins atteint le poids de 2.500 grammes, possède une vitalité presque égale à celle qu'il aurait eu à terme.

Toutefois il est indiscutable que les interventions (forceps, et surtout version) sont plus meurtrières sur le prématuré que sur l'enfant à terme. L'idéal est donc d'avoir un travail régulier. Et, l'indication étant supposée sainement posée, on voit l'importance qu'il y a à rechercher quel est, parmi les moyens que nous avons actuellement à notre disposition, celui qui est le plus propre à provoquer sûrement un travail qui sera normal et efficace dans toute sa durée.

Nous tenons à insister pour ne pas être accusés d'exagération sur les limites dans lesquelles, à notre avis, il est indiqué d'intervenir par accouchement prématuré provoqué, dans les bassins rétrécis. Nous croyons que s'il est recommandable de l'employer dans les bassins de conjugué vrai supérieur ou égal à 8 il ne faut pas l'employer dans les bassins plus exigus. En effet, il faut s'abstenir de pratiquer l'opération qui nous occupe avant la fin du 8e mois (35e semaine). Toutefois nous devons dire

que c'est le volume du fœtus plutôt que son âge, à une semaine près, qui indique le moment d'intervenir.

Entre 7 et 8 de conjugué vrai nous conseillons volontiers d'avoir recours à l'hébotomie que l'on peut d'ailleurs, chez la multipare, associer à l'accouchement prématuré provoqué. Au-dessous de 7 il faut se résoudre à la perforation si la mère refuse la césarienne ou bien pratiquer celle-ci en acceptant ses périls.

Mais l'accouchement prématuré provoqué n'est pas seulement indiqué dans les cas d'angustie pelvienne modérée. Il l'est aussi dans les cas de *gros fœtus* et de bassin normal ou limite pour éviter une dystocie par excès de volume de l'enfant. Il peut encore être indiqué chez les *cardiaques*, les *tuberculeuses*, les *épileptiques*, les *diabétiques*, les éclamptiques, etc.

Cependant il faut faire, sur ces derniers cas, une réserve d'ordre général. L'accouchement prématuré provoqué pour être physiologique doit être lent. Or on a souvent besoin, dans les affections ci-dessus, de vider rapidement l'utérus. Il faudra donc s'adresser alors à une autre méthode, voire même peut-être, à la césarienne vaginale de Dührssen.

Chapitre II

Considérations physiologiques sur la cause du travail d'accouchement et sur la marche générale de ce travail.

La légitimité de l'accouchement prématuré provoqué, tout au moins pratiqué dans certaines conditions d'âge du fœtus et de bassin maternel, étant admise, il importe de fixer quel est le manuel opératoire qui, dans cette opération, donnera les meilleurs résultats pratiques tant au point de vue maternel qu'au point de vue fœtal.

La mère n'a rien à gagner dans les interventions manuelles ou opératoires. Elle peut en souffrir et parfois beaucoup. En dehors des déchirures qui peuvent être l'amorce de cicatrices vicieuses ou de statique viscérale défectueuse, de simples excoriations peuvent être le point de départ d'infections dont nul ne peut affirmer la bonne terminaison. Il est, en effet, bien difficile d'être rigoureusement aseptique dans la région opératoire qui nous occupe.

De même le fœtus est bien menacé par le forceps ou la version tant en raison de sa résistance moins grande qu'à terme qu'en raison de l'action souvent brutale de ces deux opérations.

D'autre part mère et fœtus, mais surtout ce dernier, demandent, pour être indemnes après l'accouchement, un travail régulier et plutôt plus court et plus facile qu'à terme. Ceux qui ont la pratique de l'accouchement prématuré ont bien vu que, au moment où il se produit ou au moment où on le produit, l'utérus est plus pares-

seux qu'à terme, qu'il fait plus facilement de l'inertie et que le fœtus souffre bien plus vite qu'à l'âge de 9 mois.

Aussi y a-t-il intérêt pour la mère, et surtout pour l'enfant, à employer, dans la provocation de l'accouchement prématuré une méthode qui non seulement donne un travail le plus voisin possible du travail spontané à terme mais encore qui corrige, si possible, les imperfections de celui-ci. En un mot il faut utiliser les moyens les plus physiologiques que nous ayons à notre disposition et, parmi eux, choisir ceux qui donnent un travail court et aisé.

Il y a lieu de se demander tout d'abord, dans la recherche de ces moyens, quelle est de façon précise la physiologie de l'accouchement spontané et, en premier lieu, quelle est la cause du déclanchement de ce travail.

A la fin du 9e mois l'utérus, qui se contractait de façon indolore parce que faiblement et inefficacement, devient le siège de violentes contractions douloureuses tendant à l'expulsion du fœtus. Est-il possible de connaître, à l'heure actuelle, quelle est la cause déterminante de leur apparition ? Nous devons dire qu'il n'existe, comme réponse à cette question, que des hypothèses. Nous sommes en présence de deux êtres dépendant l'un de l'autre dans une mesure peut-être des plus étroites, et même l'un d'eux est contenu dans un organe de l'autre. En d'autres termes le stimulus qui déclanche le travail d'accouchement à terme chez la femme vient-il du fœtus, de la mère ou de l'utérus ? Vient-il toujours du même de ces trois facteurs ? Est-il toujours identique à lui-même ? C'est ce que nous allons nous demander sans, disons-le tout de suite, apporter de conclusion ferme.

A l'âge de 9 mois le fœtus est éminemment viable : il possède donc, à ce moment, une autonomie en puissance. Les organes (les organes digestifs et respiratoires exceptés) fonctionnent déjà et leurs déchets, de plus en plus abondants à mesure que le poids de l'être augmente,

sont éliminés par une voie à peu près unique : la voie placentaire et l'organisme maternel. On peut se demander si la quantité de plus en plus grande de ces déchets, déchets susceptibles d'être toxiques, n'amène pas, à mesure que l'enfant grandit, une rupture d'équilibre entre la quantité totale des excrétas (maternels et fœtaux) et la capacité excrétoire de l'organisme maternel. Si cela est vrai l'enfant devient une source d'empoisonnement pour la mère et, comme dans tout empoisonnement, l'organisme de celle-ci tenterait de se débarrasser, dans un but qui paraît à première vue finaliste, du produit de sa conception : tel l'estomac se contracte violemment pour vomir le poison ingéré, l'utérus se contracte pour expulser le fœtus poison.

Certaines considérations tendent à montrer l'éventualité de l'action du fœtus poison. Les femmes enceintes font relativement facilement de l'albumine par exagération du travail des reins, ce qui est démontré par la toxicité plus grande des urines pendant la gestation. D'autre part le foie augmente de poids pendant la grossesse : or c'est le grand destructeur des poisons organiques (augmentation dite fonctionnelle). Enfin la femme grosse est exposée à une sorte d'épilepsie toxique l'éclampsie et on sait maintenant combien il est utile dans celle-ci de diminuer l'apport de poisons en supprimant toute alimentation (diète hydrique) et d'atténuer l'importance de l'un des foyers de fabrication de toxines microbiennes les plus importants de l'économie par l'hygiène de la bouche et les grands lavages intestinaux.

Mais l'enfant n'a pas seulement des organes qui fabriquent des déchets. Ces organes fabriquent peut-être aussi des produits organiques destinés à être repris par le sang. On a tendance, en effet, aujourd'hui, à admettre, que tout parenchyme, que tout tissu, ne fonctionne pas seulement dans un sens principal, celui que nous connaissons bien et qui est le plus évident, mais aussi comme glande à sé-

crétion interne. C'est de là qu'est sortie l'idée de l'opothérapie homonyme (opothérapie musculaire par la viande crue et l'extrait de poumon chez les pneumopathiques chroniques ; opothérapie osseuse dans l'anémie, etc.).

D'autre part, le fœtus à terme possède des glandes nettement à sécrétion interne. Il en possède une notamment dont le rôle glandulaire, au sens propre du mot, n'est pas bien établi. Cependant ce rôle doit exister, car nous ne concevons pas un organe aussi développé qui n'ait pas une fonction à remplir : je veux parler du thymus.

On me dira que le thymus est une glande en régression et que, en dehors de sa fonction lymphogène possible, son rôle est peut-être illusoire. Mais pourquoi alors n'a-t-il pas régressé plus tôt ? Pourquoi la puissance régressive qui s'oppose à la puissance phylo-ontogénique dans le développement de tout organe devenu inutile semble-t-elle s'être exercée plus tard sur elle que sur d'autres organes, le squelette de la queue par exemple ? D'autre part le thymus et tout le système lymphoïde d'ailleurs n'atteint-il pas, précisément, son maximum de développement au moment de la naissance ?

Sans préciser quelle est la ou les glandes à sécrétion interne qui jouent un rôle dans le déclanchement du travail on peut donc admettre la possibilité d'une action endocrinienne sur l'utérus qui réagit à cette action lorsqu'elle atteint une certaine intensité par un moyen de défense, son évacuation.

Certains faits expérimentaux donnent un certain crédit à cette hypothèse : l'extrait hypophysaire (lobe postérieur) a une action des plus réelles sur les contractions utérines et il semble, comme nous le verrons plus loin, que l'on ait pu provoquer l'accouchement prématuré par l'emploi exclusif de la pituitrine (hautes doses). Or l'étude du développement de l'hypophyse montre qu'à la naissance cette glande est bien plus importante qu'à l'âge adulte et que, au même moment, le lobe postérieur est représenté par une glande pharyngo-endocranienne.

D'autre part l'examen systématique des végétations adénoïdes enlevées chirurgicalement a montré des figures histologiques semblables à celles de l'hypophyse postérieure : c'est là la trace de l'existence, dans la première enfance et à l'âge fœtal, de la glande pharyngo-endocranienne dont la régression de la partie pharyngienne la réduira à l'état de lobe postérieur de l'hypophyse.

Mais il existe actuellement des faits expérimentaux précis établissant l'existence, dans le sang de la femme en travail, de substances qui provoquent l'accouchement. En effet, en 1911, Van der Heide aurait plusieurs fois provoqué l'apparition d'un travail définitif chez la femme près du terme en lui injectant 8 à 20 c.c. de sang défibriné prélevé sur des femmes en travail pendant la période de dilatation ou d'expulsion. La nature de cette ou de ces substances excito-utérines contenues dans le sérum de la femme en travail nous est totalement inconnue. Nous ignorons même totalement leur provenance : elles peuvent être sécrétées par l'enfant ou par la mère, indifféremment par l'un ou par l'autre, ou bien, peut-être, par les deux à la fois. Quoiqu'il en soit Von der Heide considère l'accouchement comme un incident anaphylactique : le sérum fœtal transsudant à travers le placenta et passant dans le sang maternel agirait comme excitateur des contractions utérines. Il est à remarquer que, en effet, les grossesses avec fœtus mort, sont quelquefois, sinon facilement, des grossesses prolongées.

Dans un autre ordre d'idées, certains auteurs ont voulu voir dans la nutrition normale du fœtus la cause déterminante de l'accouchement. C'est ainsi que Amigues, en 1911, étudiant le quotient fœto-placentaire, a montré que, dans le cours du développement, le placenta perdant de plus en plus de son importance par rapport au poids du fœtus, le quotient fœto-placentaire croit d'une façon constante pour arriver à un chiffre à peu près fixe au moment de l'accouchement. Ce chiffre représente l'équilibre entre la capacité filtrante du placenta vis-à-

vis des matériaux nutritifs et les besoins alimentaires du fœtus. Lorsque l'équilibre est rompu, l'enfant est menacé de misère physiologique et cette rupture d'équilibre serait la cause déterminante du travail.

On pourrait peut-être voir dans cette diminution des apports alimentaires ainsi que dans l'asphyxie relative de la fin de la grossesse l'une des causes de l'augmentation des mouvements du fœtus à terme. Celui-ci ayant faim et s'étouffant fait, in utero, ce qu'il fera dans les premiers jours de sa naissance, il se débattra. Or, comme nous le verrons, l'utérus à terme est un muscle fort, très excitable et, partant, très sensible aux excitants mécaniques. Le choc des petites parties combiné à la projection de la présentation sur le col sont, peut-être, la cause efficiente du travail.

Pour certains auteurs le déficit respiratoire et alimentaire du fœtus à terme aurait non seulement pour cause la diminution du quotient fœto-placentaire mais aussi la diminution du pouvoir fonctionnel du placenta par la régression des crochets villeux du placenta (Thenen) ou la thrombose des veines placentaires.

Quoi qu'il en soit avec l'hypothèse du fœtus excitant mécanique de la matrice par ses mouvements, nous touchons au rôle de l'utérus. Mais avant de voir ce que celui-ci est capable de donner à lui seul, je crois utile de rappeler rapidement sa constitution anatomique et ses propriétés à l'état de gravidité.

Tout d'abord je dirai que j'entends par utérus non seulement le muscle creux, mais aussi son système nerveux. Je me conforme ainsi à une très heureuse habitude physiologique.

L'utérus est sous la dépendance fonctionnelle d'un système nerveux composé de trois parties :

1° Les centres médullaires lombaires ;

2° Les ganglions et plexus sympathiques pelviens ;

3° Les éléments nerveux intra-utérins.

Kringer et Offergeld ont montré que le centre médullaire va de la 10e dorsale à la 2e lombaire.

Le plexus lombo-aortique inférieur ou plexus hypogastrique supérieur situé au niveau du promontoire, relié au plexus lombo-aortique moyen, au plexus rénal et par ceux-ci au plexus solaire, se bifurque et donne de chaque côté et en arrière des vaisseaux iliaques internes un plexus hypogastrique latéral qui reçoit, lui, les filets venus des ganglions sympathiques sacrés (3e et 4e sacrés, parfois 2e). De ce plexus les nerfs se portent en grande partie sur les côtés du rectum (quelques-uns seulement suivent l'artère utérine) et viennent former un plexus latéro-cervical ou utéro-vaginal « près du cul de sac latéral du vagin, entre l'uretère et le col utérin, en arrière et au-dessous des branches vasculaires » (*ganglion cervical de Robert Lee ou de Frankenhaüser*).

Le ganglion de Robert Lee envoie des branches au ganglion vésical interne, au rectum, au vagin, au col utérin et surtout, par deux ou trois branches, au corps de la matrice. L'un de ces troncs suit l'artère utérine et constitue, sous l'origine du ligament utéro-ovarien et avec l'adjonction d'un nerf de l'ovaire, le ganglion ovarique.

Presque tous les nerfs de l'utérus viennent du ganglion de Frankenhaüser. Cependant, au sein même de l'organe utérin, Keiffer (1905) a mis en évidence des ganglions sur le trajet des nerfs (enfant, chatte, cobaye). La Torre les a découvert chez la chienne. Depuis Bernak, qui les a décrits le premier, leur existence était admise par les uns, niée par les autres.

Keiffer pense que c'est à ces ganglions qu'on doit attribuer le succès des expériences de Goltz (1874) : celui-ci obtint la fécondation, une grossesse normale et l'accouchement à terme de fœtus vivants après section de la moëlle à la partie inférieure de la région dorsale.

C'est encore à leur fonctionnement autonome que l'on

doit attribuer le succès des expériences de Rein (1880) qui a obtenu les mêmes résultats après avoir sectionné tous les nerfs sympathiques et sacrés isolant ainsi l'utérus de tous ses centres.

Le fonctionnement autonome de l'utérus semble donc très admissible. Pendant la grossesse les nerfs et les ganglions nerveux participent à l'hypertrophie générale de l'utérus. Ces ganglions deviennent une fois et demie à deux fois plus volumineux (Freund). Les nerfs afférents se dissocient, tous les cylindraxiles sont séparés les un des autres par leur gaine de Schwann hypertrophiée (tout comme dans les faisceaux musculaires).

Le corps utérin, à peu près purement musculaire lisse, subit sous l'action de la gravidité, une notable hypertrophie de ses fibres dans le double but d'agrandir assez sa cavité pour contenir toujours un fœtus de plus en plus volumineux et d'être capable, le moment venu, d'expulser celui-ci à travers une filière génitale adaptée à son volume. Il change aussi de forme : aplati dans l'état de vacuité, ses faces antérieure et postérieure s'éloignent l'une de l'autre à mesure que l'embryon se développe. Il devient ainsi d'abord pyriforme puis sphérique, puis cylindrique. Disons, en passant, que non seulement cette forme s'adapte à celle du contenu mais qu'elle est la forme optima pour l'exercice de la fonction future de la fibre myométriale, la contraction circulaire qui, se propageant comme une onde de haut en bas, tendra à l'expulsion du fœtus.

C'est au développement des fibres lisses de l'utérus qu'est dû son changement de consistance. Celle-ci devient figue mûre et semblable à celle des myomes purs de la matrice. Elle fait qu'à la fin de la grossesse l'organe se moule sur son contenu et sur les organes voisins : il est ainsi plus susceptible de recevoir les actions mécaniques qui lui viennent de l'un ou des autres ou même du milieu extérieur à travers la paroi abdominale.

Mais l'augmentation du volume et peut-être du nombre des fibres myométriales n'est pas tout. Elle est accompagnée de modifications histologiques de leur structure qui leur donnent l'aspect de fibres jeunes et en pleine puissance physiologique. Or l'une des formes de la puissance physiologique des fibres musculaires est la sensibilité à l'excitation.

Le col de la matrice s'hypertrophie, lui aussi pendant la grossesse. Bien que l'accord ne soit pas encore fait entre les auteurs, il semble que cette hypertrophie porte surtout sur les éléments conjonctivo-élastiques. Les éléments musculaires rares dans le col de l'utérus vide ne sont que peu influencés par la grossesse.

Mais l'hypertrophie n'est pas la modification essentielle du col dans la gravidité. Celle qui est la plus intéressante est son ramollissement. Tous ceux qui s'occupent de gynécologie ont été frappés par la difficulté que l'on éprouve à dilater rapidement, aux bougies de Hégar, un col utérin. Il leur est peut-être arrivé, ne s'armant pas d'une dose suffisante de patience d'aller trop vite et trop brutalement, d'où rupture au niveau de l'orifice interne, rupture qui amorce une déchirure longitudinale et latérale du corps utérin. Cet accident se produit vers les nos 10 ou 11 de la filière de Hégar. Si donc aucune modification ne se passait dans le col qui puisse rendre sa dilatation possible suffisante au passage de la tête, aucun accouchement ne pourrait se produire sans déchirure du col et, avec les grands risques d'infection que celles-ci font courir aux femmes, il y a longtemps que l'espèce humaine aurait disparu ou bien se serait adaptée à l'infection (Lamarck-Darwin).

Dans un autre sens les éléments nerveux du col, hypertrophiés et moins étranglés par un conjonctif serré, sont plus sensibles aux diverses excitations et notamment à la projection de la tête sur le col. Tout le monde sait qu'une chute sur les pieds, une marche, etc., peut déclancher l'accouchement.

Le *segment inférieur*, sur l'origine duquel on ne s'entend pas encore, n'a pas une grande utilité tout au moins mécanique, dans l'accouchement. Peu musclé, très élastique, il joue un rôle purement passif : c'est une voie de passage qui se laisse distendre. Pour Bayer il est absolument incapable de contraction ; pour Pinard, Bar, Pankow il peut, au contraire, se contracter et même se contracturer dans certains cas de dystocie.

Hypertrophie du système musculaire et ramollissement du col telles sont donc les principales modifications anatomiques que subit l'utérus gravide. Le muscle utérin, en se développant, acquiert, en outre, des propriétés nouvelles qui tout au plus étaient latentes pendant la vacuité. Ce sont, d'après Tarnier, la sensibilité, l'irritabilité, la contractilité et la rétractilité.

La *sensibilité* de l'utérus gravide est assez faible pendant la grossesse. Pendant le travail il devient douloureux surtout au moment des contractions. Le col est assez sensible, lui aussi, particulièrement quand on cherche à dilater son orifice.

L'*irritabilité* est la propriété en vertu de laquelle l'utérus réagit aux excitations. Celles-ci peuvent porter directement sur l'utérus (massage, chaleur, froid, électricité, médicaments, etc.) ou sur le col (corps étranger, ballon, douche chaude, etc.) soit agir par action réflexe (ventouses mammaires, émotions, etc.).

L'irritabilité présente de très grandes variations individuelles : certains utérus entrent en contraction avec la plus grande facilité, d'autres restent insensibles à tous les excitants.

La *contractilité* est la propriété la plus importante de l'utérus gravide : c'est grâce à elle qu'il peut évacuer son contenu au moment de l'accouchement. La matrice se contracte pendant toute la grossesse, mais c'est seulement pendant le travail que les contractions acquièrent l'intensité suffisante pour dilater le col, rompre les mem-

branes et expulser l'enfant. Les contractions utérines sont toujours involontaires et intermittentes ; pendant le travail elles deviennent en outre douloureuses.

La *rétractilité* ne doit pas être confondue avec la contractilité. C'est la propriété qu'a l'utérus de revenir sur lui-même d'une façon permanente aussitôt après l'accouchement. C'est grâce à elle que se produit l'hémostase au moment de la délivrance.

Telles sont les principales propriétés de l'utérus gravide et ses caractéristiques anatomiques. La propriété la plus importante est celle qui a été mise en évidence par les expériences de Rein : la matrice devient gravide, garde sa grossesse, expulse normalement le fœtus à terme même lorsqu'il est complètement isolé de ses centres nerveux. Il ressemble, par cette indépendance, à l'estomac et à l'intestin : comme eux, il remplit sa fonction sans le secours des centres nerveux.

Et, alors, de deux choses d'une, ou bien le stimulus, ou l'un au moins des stimulus capables de l'exciter et de déclancher l'accouchement est apporté par le sang maternel sous la forme humorale, ou bien il naît dans le système nerveux intrinsèque de l'utérus. C'est de cette constatation que sont nées quelques théories qui placent le point de départ du travail dans les centres nerveux utérins.

L'une d'elles attribue l'excitant au fœtus qui, à un âge déterminé, ferait des efforts et des mouvements. Comme nous l'avons vu plus haut, ces mouvements seraient plus violents quand le fœtus devient mal à l'aise par l'insuffisance relative du placenta comme filtreur des aliments (Van Huevel) et par l'acapnie relative de la fin de la gestation. Cette hypothèse n'est guère soutenable étant donné que la date de l'accouchement est relativement fixe alors que l'acapnie porte sur tout le 9e mois et que, au fond, le quotient fœto-placentaire est des plus variables.

Dans un autre ordre d'idées, si on considère le volume du fœtus relativement à la grandeur de la cavité utérine, on voit que le premier augmente beaucoup plus vite que la deuxième à la fin de la gestation. C'est là la cause principale de la formation du segment inférieur. Aussi il arrive un moment où la présentation distendant le segment inférieur finit par appuyer sur le col et tendre à le dilater. Or nous avons vu plus haut que le système sympathique vient former un riche plexus latéro-cervical. Il n'y aurait donc rien d'extraordinaire que ce plexus, irrité mécaniquement, devînt le point de départ d'un réflexe nerveux qui amènerait les contractions du travail. Chaque contraction, projetant la présentation sur le col, augmenterait à son tour l'excitation mécanique des ganglions. Nous savons qu'un voyage, une chute sur les pieds, une marche a souvent précédé l'apparition du travail : ces causes ont pour effet premier de tasser la présentation sur le col. Au contraire les femmes qui ne montrent aucune activité à la fin de leur grossesse et observent le repos physique dépassent facilement le terme.

Cependant il est une considération clinique dont on ne peut méconnaître l'importance, c'est que la capacité de développement de l'utérus n'est pas indéfinie. Elle s'accroît régulièrement au cours du 3e trimestre pour acquérir son maximum au terme de la gestation. Mais qu'une cause physiologique (grossesse multiple) ou pathologique (hydramnios) exagère la vitesse du développement de l'utérus au cours du 3e trimestre et l'expulsion spontanée sera plus précoce et d'autant plus précoce que le volume se sera accru plus vite. Il semble donc qu'on puisse parler d'un maximum de développement du volume de l'utérus gravide, maximum correspondant au moment où le travail spontané se déclanche.

Enfin, il faut signaler les merveilleux travaux d'Ancel

et Bouin. Ces deux auteurs ont montré (en 1911) dans l'utérus de la lapine gestante, et pendant la 2e moitié de la grossesse, l'existence d'une formation glandulaire qu'ils ont nommée *glande myométriale*. Cette glande serait formée par des amas de grosses cellules arrondies ou ovalaires et même allongées que l'on rencontre entre les fibres musculaires dans la zone d'insertion placentaire. Ces cellules ont les caractères glandulaires et elles sont groupées autour des capillaires dans lesquels elles déversent vraisemblablement les produits de sécrétion. Il s'agit donc d'une glande endocrine diffuse.

Les éléments de cette glande sont des cellules du conjonctif du muscle utérin qui prennent momentanément le caractère épithélioïde et qui, leur rôle glandulaire terminé, redeviennent des éléments conjonctifs banaux. D'après Ancel et Bouin ils sécréteraient une hormone et tiendraient sous leur dépendance les phénomènes dont l'organisme est le siège pendant la 2e moitié de la gestation et spécialement la phase glandulaire gravidique de la glande mammaire. La glande myométriale retrouvée chez le cobaye par Keiffer, en 1912, a terminé son évolution à la veille du part.

On ne peut éviter d'être frappé par la coïncidence entre l'arrêt du développement de la glande myométriale et la cessation de la grossesse. En outre des substances qui, dans la 2e moitié de la gravidité, produisent les phénomènes maternels, ne sécrète-t-elle pas un produit, qui, passant dans le sang maternel (expérience de Von der Heide) en grande quantité au moment du maximum de développement des cellules endocrines, va impressionner les centres nerveux de l'utérus ou ses ganglions autonomes ? Ou bien ne secrète-t-elle pas, au contraire, une substance inhibitrice de ces centres nerveux, lesquels se mettraient à fonctionner quand la glande fait faillite ? Nous avons dans le corps jaune la preuve de l'existence de glandes qui provoquent, au maximum de leur déve-

loppement, une fonction physiologique, puis disparaissent : la menstruation se produit, en effet, au 14e jour du développement du corps jaune. La glande myométriale ne serait-elle pas susceptible de provoquer l'accouchement au 270e jour (environ) de son développement ?

Quoi qu'il en soit, on peut dire que l'utérus entre en travail, à un moment où sa sensibilité paraît particulièrement exaltée, sous l'influence d'un simple traumatisme portant sur ses parois, d'un rapprochement sexuel (traumatisme génital portant sur le col) de la trépidation d'un train ou d'une automobile, de mouvements des organes voisins, vessie, intestin.

Dans un sens tout autre l'un des excitants de choix du travail est l'action d'un courant faradique portant sur la moelle lombaire. Cette constatation expérimentale, faite par Keiffer chez le chien, nous montre l'importance du système nerveux utérin : il transmet à, ou réfléchit sur la matrice un influx qui peut faire partie d'un réflexe à point de départ utérin mais qui peut aussi prendre naissance dans les centres lombaires impressionnés par une sécrétion humorale. Le réflexe à point de départ utérin peut avoir lui-même sa raison initiale dans une action humorale sur les centres nerveux intrinsèques de la matrice.

Et, ainsi, nous sommes amenés à considérer les propriétés du sang chez la femme à terme et à rechercher s'il ne contient pas des substances capables d'impressionner les centres médullaires de l'utérus ou les ganglions nerveux de l'organe lui-même.

Les expériences de Von der Heide, déjà citées, semblent établir d'une façon ferme que le sang défibriné de la femme en travail contient des substances capables de provoquer l'accouchement. Tout au moins elles rendent l'utérus d'une irritabilité telle qu'il obéira à l'excitation mécanique venue du fœtus ou des organes voisins, excitation à laquelle il a été insensible jusqu'à ce jour.

Brown-Séquard, ayant constaté que l'asphyxie est un des excitants les plus puissants de l'utérus, s'est demandé s'il ne fallait pas rechercher, dans l'acapnie relative de la fin de la grossesse, la cause déterminante de l'accouchement. Mais acapnie ne veut pas dire asphyxie et, de plus, la quantité de CO^2 est très variable suivant les femmes : or le moment de l'accouchement est, au contraire, relativement précis. En outre, rien ne nous autorise à accorder au muscle utérin des propriétés différentes de celles des muscles en général. Comme eux il demande de l'oxygène pour travailler et il travaille d'autant plus facilement qu'il a de l'oxygène à profusion. Il semble donc que la matrice serait plutôt portée à être paresseuse à la fin de la grossesse.

L'anémie aiguë a une action du même genre : elle conduit à l'asphyxie du complexe mère-fœtus. Dans un but qui paraît finaliste et qui tend à augmenter ses chances de survie la femelle se débarrasse d'une cause de destruction d'oxygène et de formation de CO^2, le fœtus.

Mais asphyxie et anémie ne sont pas des états physiologiques et la mère qui accouche n'est, dans la majorité des cas, ni en anémie ni en asphyxie aiguës. Son organisme présente cependant des caractères différents de ceux qu'il a à l'état de repos. Le corps jaune gestatif est différent du corps jaune de la menstruation. Les seins ont subi un développement considérable ; le corps thyroïde s'est facilement hypertrophié, les capsules surrénales et l'hypophyse ont augmenté de volume.

Thyler Smith a incriminé l'ovaire qui, malgré la grossesse, continuerait à être, chaque mois, le siège d'une fluxion, d'une congestion régulière. Ce serait à l'occasion de la 10e fluxion ovarienne que l'accouchement se produirait. En réalité l'existence de cette congestion ovarienne périodique de la grossesse est loin d'être démontrée.

Sobotta et Prenant ont considéré le corps jaune com-

me une glande à sécrétion interne qui, déversant son produit dans le sang maternel pourrait être la cause efficiente spécifique de l'accouchement et de l'instauration régulière de la menstruation. Cette théorie ne peut être admise, car toutes les constatations faites jusqu'à ce jour chez les femelles animales ont montré que le corps jaune disparaît au milieu de la grossesse et que c'est lui qui jusqu'à ce moment permet à la grossesse de suivre son cours. Toutefois il faut ajouter que l'ovariotomie double, ou simple et portant sur l'ovaire à corps jaune, est loin de provoquer fatalement l'avortement même dans les deux premiers mois de la grossesse.

Kruger et Offergeld pensent que l'action des nerfs de l'utérus (qui presque tous viennent du ganglion de Frankenhauser) sur la fibre lisse myométriale est maximum vers la fin de la grossesse. Sous l'influence de produits d'origine fœtale ou utérine, l'ovaire entrerait en activité, réagirait sur le centre de Frankenhaüser qui, lui, provoquerait le travail.

De nombreux travaux récents ont montré que les extraits de lobe postérieur de l'hypophyse sont capables de renforcer ou même de faire apparaître les contractions utérines. Les extraits parathyroïdiens, surrénaliens, pancréatiques et prostatiques auraient la même action plus ou moins marquée.

Mais dans l'hypertrophie du corps thyroïde et même des surrénales il ne faut pas forcément voir en elle une cause possible de l'accouchement. Ce sont deux foyers de destruction des poisons qui, surmenés par une augmentation de travail, réagissent comme tout organe capable de réagir à un surcroît de besogne. Toutefois l'adrénaline est une ocytocique.

L'évolution anatamo-physiologique des glandes mammaires au cours de la grossesse est frappante par son synchronisme parfait avec le développement de l'utérus. Dans la première moitié de la grossesse leur évolution

serait fonction du corps jaune ; dans la deuxième moitié elle serait fonction de la glande myométriale. Les essais d'opothérapie mammaire ont vaguement fait croire à une sécrétion interne de cette glande. Il y aurait donc lieu de se demander si le produit de sécrétion interne qu'elle donne, alors qu'elle arrive à l'apogée de sa transformation physiologique, n'a aucun rôle dans la détermination du travail.

C'est là la dernière hypothèse que nous rapporterons dans cet ample exposé dont nous ne pouvons retenir que l'exquise irritabilité de l'utérus vers la fin de la gestation. Le muscle utérin est comme un condensateur électrique chargé d'énergie potentielle. Sous la moindre influence (sécrétion fœtale ou maternelle, asphyxie, excitation faradique ou mécanique) la décharge d'énergie se fera sous la forme de contraction et de travail d'accouchement.

Si nous voulons provoquer ce travail, nous ne pourrons employer que les moyens qui paraissent les plus sûrs et les moins dangereux. Nous allons voir maintenant quels sont ceux qui ont été employés jusqu'à ce jour, quel est celui qui donne les meilleurs résultats et qui paraît le plus physiologique.

L'acte physiologique auquel tend le travail de l'accouchement étant l'expulsion du fœtus dans un temps raisonnable, les moyens employés pour le provoquer doivent :

1° Déclancher sûrement le travail ;

2° Puis assurer la succession régulière des contractions. Celles-ci doivent être efficaces, assez rapprochées pour que l'enfant qui ne peut pas supporter un long travail ne souffre pas, mais pas trop cependant pour que ni la mère ni l'enfant ne souffrent ;

3° Permettre une délivrance spontanée et une bonne hémostase utérine en respectant la rétractilité de l'organe.

Dans le processus du travail spontané, ce qui doit le plus retenir notre attention, c'est le rôle de la présentation et de la poche des eaux dans la dilatation. Mme de Lachapelle ne craignait pas les eaux plates dans les bassins non viciés parce que la tête appuyant sur le col fait la dilatation. Mais si cette tête ne peut pas venir appuyer sur le col on y vient mal et peu librement, c'est la poche des eaux qui fera la dilatation.

Nous ne méconnaissons pas la valeur des travaux récents qui ont voulu montrer que la dilatation du col était active plutôt peut-être que passive. Tout serait ainsi pour le mieux dans le meilleur des organes de l'économie : pendant que la contraction utérine chasse l'ovoïde fœtal comme un noyau de cerise à travers la filière pelvienne, le col se dilaterait activement pour ne pas arrêter la progression de l'enfant.

Toutefois l'observation du travail spontané nous semble montrer, je ne dis pas induire, que le plus grand rôle dans la dilatation du col est dû à la contraction utérine transmise par l'ovoïde fœtal. Et ce qui mieux que tout autre considération le montre bien, c'est la lenteur de la dilatation dans les présentations du siège quand la poche des eaux n'est pas bonne : le siège est un mauvais dilatateur.

Au contraire la poche des eaux à parois très malléables et suffisamment élastiques est admirablement propre à déprimer le point de moindre résistance qu'est l'orifice interne de l'utérus puis à s'insinuer en entonnoir dans le canal cervical, effacer le col et enfin le dilater. Et, puisque nous avons vu qu'il faut probablement accorder un grand rôle, dans le travail, aux excitations mécaniques des régions cervicale et paracervicale (ganglion de Frankenhaüser) on peut admettre que le rôle de la poche des eaux fait partie d'un cercle physiologique des plus parfaits. La poche des eaux excite les commandes nerveuses de la contraction qui, à son tour,

chassant le liquide dans la poche membraneuse, la distend, la grossit et la rend ainsi plus propre à dilater le col et à exciter les centres voisins.

Partant de là, il semble qu'on puisse dire que plus la poche des eaux est développée, plus la dilatation est facile, parce que plus facilement sont excités les petits centres nerveux du col ou voisins de lui ; et, par suite, plus le travail est court. Nous verrons plus loin combien ces considérations sont importantes pour le choix que nous aurons à faire parmi les moyens actuellement employés pour provoquer l'accouchement prématuré.

Des quelques considérations physiologiques que l'on puisse faire sur l'accouchement prématuré spontané, nous n'avons pas grand chose à retenir. Sa marche ne présente rien de particulier. Cependant la dilatation du col est plus longue en raison de son ramollissement incomplet et les contractions sont parfois plus faibles en raison de l'incomplet développement des fibres utérines. De plus l'excitabilité de l'utérus n'est pas encore maximum ni sa rétractilité non plus. Il ne faut donc pas s'attendre à voir l'accouchement prématuré provoqué marcher aussi bien qu'un accouchement normal. Toutefois on peut l'entretenir, le développer artificiellement et arriver à une évolution spontanée du travail. On y arrivera d'autant plus facilement qu'on sera près du terme de la grossesse.

Chapitre III

Des moyens employés pour provoquer l'accouchement prématuré

Si le travail d'accouchement est « un ensemble de phénomènes physiologiques que l'art est impuissant à reproduire, l'accoucheur peut provoquer l'entrée en jeu des forces qui le réaliseront : le but à atteindre est l'éveil des contractions utérines ». Pour y arriver on s'est adressé aux moyens les plus variables : tantôt on a porté l'action excitante directement sur l'utérus ou une de ses parties, tantôt on s'est adressé à la voie générale des humeurs pour apporter à la matrice l'excitation artificielle.

D'ores et déjà nous dirons que nos préférences vont à l'action locale. Et, pour cela, nous avons de grandes et sérieuses raisons dont la principale est la suivante : lorsque nous donnons un médicament par la bouche ou par les voies sous-cutanée ou intramusculaire, nous n'avons que le minimum de chances de localiser leur action sur l'utérus. Car, comme nous le verrons, l'excitant électif chimique ou opothérapique de l'utérus n'est pas trouvé. Au contraire, en nous bornant à des manœuvres locales nous avons, non pas peut-être toutes les chances, car il faut tenir compte des actions réflexes, mais au moins le maximum de chances de n'intéresser que l'organe qui fait le travail de l'accouchement.

Nous allons cependant passer en revue tous les moyens de provoquer l'accouchement qui emploient la voie hu-

morale et les discuter successivement. Puis nous verrons quels sont les moyens locaux qu'on a mis en usage et, parmi eux, quel est le plus physiologique ou qui, au moins, a le plus de chances de l'être. Et si nous ne trouvons aucune pratique idéale, nous rechercherons quelle est celle qui peut être suivie comme pis aller, parce que la moins nocive à la mère et à l'enfant.

I. — Moyens qui utilisent la voie humorale

Les substances susceptibles (ou au moins classées comme telles) de provoquer l'accouchement prématuré se divisent en deux catégories bien différentes à notre avis :

1° Les médicaments.

2° Les produits d'origine organique : extraits de glandes, de tissus, ou substances qui, synthétiquement préparables, sont cependant produites par des glandes de l'économie.

A. — *Les médicaments*

Ceux-ci sont très nombreux et l'existence de ce grand nombre suffit seule à démontrer leur inefficacité tout au moins relative et leur inconstante. Et, la nécessité où l'on se trouve, dans la provocation de l'accouchement prématuré, d'agir sûrement et dans un temps raisonnable, les fait rejeter avec une rigueur des plus justifiées. C'est ainsi qu'on a condamné l'emploi de la *rue*, de la *sabine*, des *drastiques* (aloès), de la *cantharide*, des préparations à base de *plomb*, de *mercure*, etc. Seuls sont encore employés quelquefois l'ergot de seige, la quinine et le sucre.

1° *Ergot de seigle.* — L'ergot de seigle et ses dérivés (cornutine, etc.) ou son principe actif (ergotine, ergotinine) doit être proscrit et son emploi serait certainement condamné civilement. En France on ne l'emploie plus que quand l'utérus est vide. En effet, en 1892, la

Société Obstétricale de France vota la proposition suivante : « Considérant le danger auquel l'ergot de seigle expose les femmes et les enfants, la Société Obstétricale de France émet le vœu qu'il ne soit employé qu'après la délivrance complète et dans les hémorragies graves. »

L'ergot de seigle n'agit d'ailleurs guère que sur l'utérus en travail et il provoque souvent la tétanisation utérine. La disparition de l'intervalle qui, physiologiquement, sépare les contractions, fait que le rythme normal du travail n'est pas respecté. De plus la tétanisation resserrant les vaisseaux, la circulation fœto-placentaire est gênée et le fœtus peut être asphyxié.

Cependant Schatz, Ellinger, Marc Madden emploient l'ergot de seigle comme ocytocique et prétendent en obtenir de bons résultats au moment de la dilatation tout en évitant la tétanisation utérine. L'ergotine semble moins dangereuse, à ce point de vue, que l'ergot.

2° *Quinine.* — Monteverdi a réputé la quinine comme efficace pour réveiller les contractions utérines. Chiara n'a obtenu, dans cette voie que des échecs. Pour Pinard elle ne provoque pas de contractions pendant la grossesse, mais elle exerce une action manifeste sur la contractilité de l'utérus pendant l'accouchement. Cordes puis Schwab (1897) l'ont conseillé pour favoriser l'expulsion du délivre après l'accouchement.

Cependant certains auteurs, et ils semblent avoir partiellement raison, accordent à la quinine des propriétés abortives et la considèrent comme dangereuse chez la femme enceinte. Cela n'est vrai qu'à dose toxique (4 à 5 grammes). Aux doses thérapeutiques (paludisme) elle ne donne des contractions que chez les femmes prédisposées à l'avortement et dont l'œuf ne tient pour ainsi dire qu'à l'état d'équilibre instable. Les observations de M. le professeur Rouvier à la Clinique Obstétricale d'Alger, où l'on hospitalise de nombreuses gravides paludéennes, corroborent pleinement cette opinion.

La plupart des expérimentateurs pensent de même et admettent que si la quinine est capable de renforcer les contractions, son action se borne là. Elle augmenterait la tonicité musculaire de l'utérus et son excitabilité sans produire de tétanisation.

La quinine est une substance à laquelle nous nous adressons volontiers comme ocytocique. Mais les fortes doses nécessaires pour interrompre la grossesse nous la font rejeter catégoriquement comme provocatrice de l'accouchement prématuré. D'ailleurs les essais faits jusqu'à ce jour ont toujours été négatifs aux doses thérapeutiques.

La quinine aurait cependant un danger : elle favoriserait les hémorragies par inertie après la délivrance. Il faut en être averti afin de faire le nécessaire prophylactiquement et de ne pas être pris au dépourvu au point de vue thérapeutique.

3° *Hydratis canadensis.* — Cette préparation renforcerait les contractions utérines en conservant leur rythme normal et leurs intermittences ; d'où sa propriété de rendre régulières les contractions troublées par l'emploi intempestif de l'ergot de seigle. L'association de l'hydrastis et de l'ergotine parait logique si l'on est d'avis d'employer, d'user de cette dernière.

4° *Ipéca.* — L'ipéca a une action générale sur les fibres musculaires lisses. Il peut régulariser les contractions, les rendre efficaces. Elles peuvent même devenir intenses et très douloureuses.

Médicament complètement inoffensif, l'ipéca semble incapable de provoquer un bon travail.

L'émétine, principe actif de cette substance, a les mêmes propriétés qu'elle.

5° *Pilocarpine.* — C'est un ocytocique infidèle n'agissant généralement qu'à doses toxiques et ne pouvant provoquer l'accouchement prématuré qu'à hautes doses.

Les contractions ont cependant été réveillées dans un cas de Schauta et dans un cas de Sanger, cinq minutes après une injection moyenne de chlorhydrate de pilocarpine. D'autre part à une époque où l'on employait la pilocarpine dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, on aurait constaté que ce médicament possèderait, outre ses propriétés anticonvulsives, celle de provoquer à peu près fatalement l'expulsion fœtale.

6° *Sucre.* — Mosso et Paoletti ont émis l'hypothèse que le sucre ayant une action excitante à l'égard des muscles volontaires, pourrait être employé pour stimuler le muscle utérin. Bossi, en 1894, l'avait déjà employé dans 11 cas d'inertie utérine à la dose de 50 grammes et en avait obtenu de bons résultats : assez facilement, et 20 à 45 minutes après l'absoption, les contractions devenaient bonnes et l'effet se prolongeait parfois assez longtemps pour amener l'expulsion.

Pour Keim, qui avait obtenu dès 1898 de bons résultats avec 25 grammes de lactose, le sucre, véritable ocytocique alimentaire, existe en grande quantité dans l'organisme de la femme à terme, dans son sang et ses urines. L'hyperglycémie et la glycosurie gravidiques tiendraient à la production du sucre non utilisé dans la glande mammaire, à l'état de nutrition ralentie chez la femme à terme, à l'état de son foie qui retient moins le sucre et enfin à l'hypertrophie de certaines glandes endocrines, les capsules surrénales et l'hypophyse, plus ou moins directement productrices de sucre.

Le muscle utérin, ainsi saturé de glucose, est dans les conditions optima de fonctionnement. Si le travail est de durée normale, le sucre de l'organisme suffira à alimenter le muscle utérin. Si le travail est prolongé, il faudra fournir du sucre en le faisant absorber directement par la bouche. Morat et Dufour ont montré expérimentalement que les muscles anémiés et fatigués retiennent une plus grande quantité de glucose. Le sucre

très rapidement absorbé est l'aliment le plus rapidement utilisé : il agit en 10 à 30 minutes.

Payer (1889), Madlener (1900), Lop, Marquis (1904) ont aussi obtenu de bons résultats en employant le sucre dans les accouchements languissants. Marquis n'aurait jamais vu le travail se déclarer sous la seule action du sucre. Par contre Bayer, Bar et Daunay ont souvent observé l'apparition du travail de 5 à 15 heures après l'absorption : l'accouchement est alors rapide. Il semble que ce résultat soit loin d'être obtenu dans la majorité des cas.

Mais, si le sucre n'a pas franchement le pouvoir de provoquer à lui seul l'accouchement, il peut rendre efficace le travail déjà mis en marche par un agent mécanique. C'est à la dilatation de 5 francs que commence sa véritable indication : la réserve d'hydrocarbanés de l'organisme de la parturiente commence à s'épuiser à ce moment là. Et, alors, grâce au sucre, l'accouchement se termine en moyenne en 1 h. 15 chez les primipares et en moins de temps encore chez les multipares. C'est à la période d'expulsion que le sucre, absolument inoffensif en tout temps, donne les résultats les plus frappants s'il n'y a pas d'obstacle mécanique, mais simplement de l'inertie utérine ou abdominale. La délivrance ne paraît pas du tout influencée. On ne connaît aucune contre-indication à l'emploi du sucre. Il a donné de bons résultats à la Maternité d'Alger (Mlle Vandomber).

B. — *Les substances à action opothérapique*

Les substances d'origine organique qui ont été employées comme ocytociques sont l'adrénaline et l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse. L'un et l'autre sont capables de produire, dans l'organisme une augmentation de glucose avec hyperglycérine et glycosurie (Keim). D'après certains auteurs, ce serait là non seulement leur mode d'action sur les fibres utérines, mais aussi sur tou-

tes les fibres lisses de l'économie qui, en effet, semblent toutes réagir aux mêmes excitants. Et, ainsi, leur mode d'action est bien voisin de celui de l'ocytocique physiologique par excellence, du sucre (ocytocique aliment).

1° *Adrénaline.* — C'est Schafer (1901) qui signala le premier l'action excitatrice de l'extrait de surrénale sur les contractions utérines. Celui-ci augmente le tonus des fibres lisses en général et des fibres myométriales en particulier ; de plus il exagère l'excitabilité de la matrice, excitabilité que nous avons vu augmenter spontanément pendant la grossesse et devenir maximum au moment du terme.

L'adrénaline « peut provoquer les contractions, les prolonger, les fortifier, les rapprocher, les régulariser ». Mais son effet, qui peut durer plusieurs heures, s'accompagne toujours d'une vaso-constriction énergique. Il est, en outre, d'autant plus considérable que l'excitabilité utérine est plus grande : il a donc, comme les autres agents, son maximum d'effet à la fin de la grossesse et pendant le travail.

Il faut dire, cependant, que l'action de l'extrait total de surrénale employé comme accélérateur du travail ne satisfait pas toujours. Baux et Roques ont abandonné leurs essais sur cette action, non seulement en raison de l'inconstance, mais aussi de l'irrégularité des résultats. Et ils ont écrit : « Il nous est impossible de citer un cas où la surrénale nous ait rendu de réels services. » Si la délivrance leur a toujours paru accélérée, et s'il n'y a jamais eu de rétention ; l'opothérapie surrénale ne leur a pas paru avoir une action marquée sur la durée du travail. En période d'inertie ou de fatigue utérine, sa valeur ocytocique serait faible, inconstante, peu durable. La ligne blanche de sergent serait chez la femme enceinte un phénomène banal dont la pathogénie n'est pas encore connue, mais qui ne parait pas

avoir de relation ni avec l'insuffisance surrénale ni avec la tension artérielle d'ailleurs.

La conception classique pour expliquer l'action grossièrement élective de l'adrénaline sur l'utérus admet que si la matrice réagit davantage que les autres organes à fibres lisses ou innervés par le sympathique, c'est que la fibre myométriale jouit d'une excitabilité tout à fait spéciale pendant la grossesse et surtout vers sa fin. Ce serait par voie nerveuse et directement sur les fibres sympathiques que l'adrénaline agirait. Pour Targhetta, et Keim se rallie à cette théorie, l'explication doit être tout autre. Blum, en effet, a montré que l'injection sous-cutanée d'adrénaline donne de la glycosurie. D'autres recherches ont montré l'existence d'une forte hyperglycémie concomittante. Or le sucre a une action indiscutable et bien connue sur la contraction musculaire. Il y a donc lieu de se demander si l'action ocytocique de l'adrénaline n'est pas fonction de cette hyperglycémie.

Quoiqu'il en soit il ne faut pas perdre de vue que comme produit organique l'adrénaline est peut-être capable d'actions que nous ignorons et notamment de retentir sur les glandes endocrines autres que les surrénales. En tout cas il ne faut pas négliger son action vaso-constrictive et par suite hypertensive. Baux et Roques ont observé des accidents parfois inquiétants et la contre-indiquent formellement chez les albuminuriques et les prééclamptiques. M. le professeur Rouvier et le Dr Benhamou, dans un travail resté inédit en raison des circonstances actuelles, font ressortir son rôle néfaste dans la provocation de l'œdème aigu du poumon se présentant isolément vers le terme de la grossesse, ou au cours de l'éclampsie puerpérale. Ils estiment que l'administration de l'adrénaline au cours du travail, ou pour provoquer celui-ci, doit être impitoyablement rejetée parce que exagérant l'hypertension qui est obligatoire au cours de tout travail physiologique.

D'ailleurs si l'adrénaline est capable d'influencer les contractions dans un travail lent, elle parait impuissante, à elle seule, à provoquer le travail. C'est ce qui ressort de deux observations publiées par Baux et Roques dans le *Buletin de la Société d'Obst. et de Gynécologie*, 1913, (V. index bibliographique).

Cependant il peut être intéressant, au moment de pratiquer l'accouchement provoqué, de se rappeler que l'adrénaline et l'extrait surrénalien portent à l'extrême maximum l'exritabilité de la fibre myométriale et qu'ils peuvent ainsi la rendre sensible aux excitants utérins et notamment aux excitants mécaniques. Puis, le travail provoqué, on peut peut-être encore continuer l'adrénaline pour maintenir l'efficacité des contractions.

2° *Pituitrine.* — L'hypophyse qui, d'après les travaux de Comte, de Lannois et Mulon, de Thaon, de Endheim et Stumm, s'hypertrophierait constamment et tout au moins dans son lobe postérieur pendant la grossesse (pour revenir mais non complètement à son volume primitif à la fin de la puerpéralité) produirait une substance capable de faire contracter toutes les fibres lisses de l'économie. Ce sont les travaux de Dale en Angleterre, de Frank-Hochwart et Frölich en Allemagne (1909) qui ont attiré les premiers l'attention sur l'existence de cette propriété. La communication retentissante de Hofbauer (1911) a suscité une large expérimentation clinique de cette action et on prépare actuellement, sous le nom de pituitrine, d'extrait d'hypophyse, d'hypophysine, des produits dont a pu étudier l'action sur la fibre cardiaque, sur les fibres lisses des vaisseaux de la vessie et de l'utérus.

On ne connaît pas la nature exacte du principe actif de l'hypophyse. Il peut agir sur la fibre myométriale soit directement comme sur le cœur et les vaisseaux, soit indirectement en produisant l'hyperglycémie. Claude et Baudoin pensent que l'extrait hypophysaire détermine

un processus d'insuffisance hépatique, processus qui entraîne la non fixation totale du glycogène d'où hyperglycémie et glycosurie. Keim se range pleinement à cette hypothèse.

Sans se préoccuper du mode d'action de l'extrait d'hypophyse, Hofbauer (1910) conseilla son emploi en obstétrique : les résultats qu'on a obtenus sont des plus variables suivant la période de la grossesse et du travail. Disons tout de suite qu'il a bien souvent paru illusoire de donner l'extrait pituitaire par la bouche : il serait, avant d'être absorbé, décomposé dans le tube digestif en produits secondaires qui n'ont plus aucune action sur la fibre utérine (et les autres fibres lisses). La voie obligatoire semble être la voie intra-musculaire ou au moins la voie sous-cutanée.

D'autre part il ne faut pas perdre de vue que l'hypophyse est composée de deux parties d'origine embryonnaire bien différente. Et si les auteurs ont été, souvent, d'avis si différents, c'est que les produits qu'ils employaient étaient dissemblables. L'accord s'est un peu fait lorsque, au lieu d'employer l'extrait total (très dangereux), les expérimentateurs ont uniformément employé l'extrait de lobe postérieur, lobe à origine pharyngienne.

Aussi il n'y a plus de doute à avoir sur l'action de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse sur les contractions utérines quand celles-ci ont déjà débuté. Elles sont très nettement améliorées, la dilatation est beaucoup plus rapide et la période d'expulsion plus active. La délivrance est normale, l'hémorragie est même diminuée. Une indication logique de l'extrait de lobe postérieur est la déficience des contractions au cours d'un travail ralenti et la délivrance retardée ou compliquée d'hémorragie. Toutefois une demi-heure après la fin du travail ainsi activé, il peut se produire de l'atonie utérine, d'où hémorragie nécessitant parfois la médication ergo-

tinique. (On a cependant quelquefois employé avec succès l'extrait de lobe postérieur dans le traitement des hémorragies survenant après la délivrance.)

Toutefois, il serait peut-être trop absolu de conclure à une action fatale de l'hypophyse postérieure sur les contractions utérines. Les observations de Fabre et Commandeur, de Delmas ont porté ces auteurs à croire que les extraits d'hypophyse sont essentiellement des médicaments à action infidèle. L'ancienneté du produit, ou son mélange à des traces d'alcool, est peut-être à incriminer. Il y aurait peut-être lieu aussi, comme le fait remarquer Delmas, de distinguer les extraits hypophysaires selon que l'animal dont ils proviennent était mâle ou femelle et, dans ce cas, en état de gravidité ou de vacuité. Néanmoins, malgré ces quelques divergences d'opinion, l'impression générale qui se dégage des nombreuses expériences faites jusqu'à ce jour est l'action presque constante, quand le travail a débuté, des extraits hypophysaires injectés sous la peau ou dans les muscles.

La pituitrine, l'hypophysine, etc., ont quelquefois été employées pour provoquer l'accouchement prématuré. Stern a ainsi obtenu le travail chez une VIpare en trois jours, par une injection quotidienne de 0,6 c. c. de *pituitrine* puis, par deux injections semblables le dernier jour. Chez une VII pare en imminence d'éclampsie, il a obtenu l'accouchement en quatre jours, à l'aide de six injections de 0,6 c. c. et une de 1 c. c. Dans un troisième cas, malgré l'injection de 3 c. c., il n'obtint pas grand résultat et le quatrième jour il dut mettre un ballon : celui-ci ne hâta pas le travail d'une façon sensible, mais une nouvelle injection pratiquée 6 heures plus tard, rendit le travail efficace.

Fishen a aussi obtenu de bons résultats de la pituitrine dans quelques cas d'accouchement prématuré provoqué. Il considère cependant qu'il n'y a là qu'une indication secondaire de l'emploi de l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse.

Hager a fait des injections de pituitrine dans un cas de grossesse prolongée. Il s'agissait d'une IIIpare qui, ayant eu ses dernières règles le 25 janvier et ayant perçu les mouvements actifs le 26 juin, n'avait pas encore accouché le 15 novembre. Hager fit une première injection de pituitrine sous la peau (0,6 c. c.) et, sept heures plus tard, il en fit une deuxième dans les muscles de la cuisse: quelques instants après, de violentes douleurs se déclarent et l'accouchement se fit en 1 heure 1/4. L'enfant pesait 4.225 grammes. La délivrance se fit spontanément et normalement, 30 minutes après.

D'autres auteurs allemands ont également obtenu, à diverses reprises, la mise train du travail, à l'aide du seul extrait de lobe postérieur. Parmi eux, il faut citer Schaffer et Hofbauer.

Le travail français le plus important qui ait paru sur la valeur de la pituitrine comme provocatrice de l'accouchement prématuré, est celui de Pouliot et Vayssières. Ces auteurs « frappés de la quasi-unanimité des nombreux auteurs allemands qui ont employé l'extrait d'hypophyse en obstétrique, à s'en déclarer satisfaits, ont voulu, après Parisot et Spire (qui se sont adressés à l'extrait total) contrôler ces travaux d'Outre-Rhin ». Ils se sont bornés à l'emploi d'un extrait de lobe postérieur parce que possédant « une action ocytocique supérieure à l'extrait de glande totale, tout en agissant à un moindre degré sur le rythme cardiaque et la pression artérielle. Ils ont toujours administré cet extrait (pituitrine de Parkes-Davis and C°) par voie sous-cutanée. Une fois, ils ont réussi à provoquer l'accouchement avec un demi-centimètre cube, le plus souvent, ils ont fait d'emblée 1 c. c et même répété cette dose s'il y avait lieu.

Mais leurs observations (au nombre de sept) sont, de l'avis même de ces auteurs, « très inégales comme valeur démonstrative ». Ils s'objectent eux-mêmes que, dans les deux cas de rupture des membranes qu'ils rapportent,

l'extrait d'hypophyse a tout au plus renforcé les contractions utérines qui devaient fatalement apparaître : nous verrons, en effet, que la ponction des membranes est un mode de provocation de l'accouchement prématuré.

Dans un cas de mort du fœtus, il y a eu échec complet. Cependant, après chaque injection, il se produisait des contractions utérines douloureuses, mais que l'on pouvait prendre tout au plus pour un essai de travail. Et cependant, d'après Schœfer, la mort du produit de conception faciliterait beaucoup le déclanchement du travail. Il y a lieu, toutefois, de remarquer que la grossesse n'était que de six mois et demi et de rapprocher cet âge de la notion expérimentale bien établie d'après laquelle l'accouchement prématuré serait d'autant plus facile à provoquer qu'on est plus près du terme de la grossesse.

Sur trois observations d'accouchement prématuré près du terme, pour légère viciation pelvienne, deux fois la pituitrine a été suffisante, une fois elle a été en échec. La cause de cet échec échappe complètement aux auteurs, qui pensent devoir attribuer l'irrégularité de leurs résultats à des différences individuelles (?).

Et, en somme, s'il est possible de provoquer l'accouchement prématuré par les seules injections de pituitrine répétées et massives, il faut reconnaître que le résultat n'est pas certain. Pouliot et Vayssières ont pleinement raison de déclarer « qu'il s'agit là d'une indication secondaire et, somme toute, assez rare, de la médication hypophysaire en obstétrique. Le rôle essentiel de cette médication reste avant tout le renforcement des contractions utérines déficientes au cours du travail ralenti, au cours de la délivrance retardée ou compliquée d'hémorragie.

L'expérience personnelle de M. le Professeur Rouvier confirme cette opinion. Si, d'une manière générale, les extraits de lobe postérieur de l'hypophyse sont capables d'accroître, de rétablir, de régulariser les contractions

utérines dans un travail en cours, ils sont des plus infidèles pour déterminer les contractions, en vue d'une expulsion prématurée, au cours de la grossesse. L'action de l'hypophyse parfaitement étudiée à la Maternité d'Alger, fait, en ce moment, l'objet de la thèse de mon confrère et ami Antoine, à laquelle nous renvoyons le lecteur pour plus de détails.

Mais, peut-être, l'extrait d'hypophyse peut-il être employé pour provoquer l'accouchement prématuré, non plus seul, mais « combiné à des moyens mécaniques ». Un ballon provoquera les contractions, la pituitrine les rendra bonnes. Cette pratique est surtout de mise quand l'état maternel ou fœtal demande un accouchement rapide et quand on est loin du terme.

Cependant, malgré les bons résultats possibles et les avantages de l'abstention de toute manœuvre intra-utérine et même intra-vaginale, nous croyons qu'il est préférable de n'avoir recours à la pituitrine que quand l'absorption de sucre ou de quinine sont insuffisants pour renforcer les contractions réveillées par un moyen mécanique. Nous croyons que nous sommes encore insuffisamment renseignés sur l'action précise des extraits glandulaires ou tissulaires introduits sous la peau. Certains faits nous permettent de soupçonner l'action réciproque des glandes endocrines les unes sur les autres : la pituitrine peut donc agir, en bien ou en mal, sur les autres glandes à sécrétion interne. L'opothérapie thyroïdienne ne nous a-t-elle pas aussi donné de bien tristes accidents ? Aussi nous refusons-nous à employer la pituitrine aux doses massives qui, seules, sont capables de provoquer l'accouchement. Et, en cela, nous ne faisons que suivre l'exemple prudent de Pouliot et Vayssières qui, dans une de leurs observations « ont renoncé à recourir à une dose plus forte, dans la crainte, peut-être chimérique, qu'une dose plus élevée fût mal supportée ».

D'autre part, la pituitrine, comme l'adrénaline, agit

sur toutes les fibres lisses quoique moins vivement cependant que sur la fibre myométriale : l'augmentation de la tension sanguine, l'accélération du pouls, notées par presque tous les observateurs, ne sont pas à négliger. Elles contribuent pour leur part à faire condamner l'emploi des hautes doses. Il est donc sage de se borner à de petites doses (voie musculaire de choix), au cas où un accélérateur anodin du travail déjà mécaniquement employé ne donnerait pas de résultat.

Cependant certains auteurs (Mairet et Bosc, 1896 ; Delmas, 1913) concluent à la très faible toxicité de cet agent opothérapique. Mais ce n'est là qu'un résultat négatif qui n'a jamais que la valeur d'une observation négative.

Enfin, Lequeux (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 710), a apporté une observation d'abus d'emploi de la pituitrine pour provoquer l'accouchement prématuré, abus qui conduisit à un enchâtonnement du placenta.

Les moyens que nous appelons locaux sont ceux qui portent l'action excitatrice directement sur la matrice ou sur un territoire localisé. Nous ne pouvons pas affirmer qu'ils n'aient aucune action réflexe se déployant sur tout l'organisme, mais nous croyons que ce sont eux qui ont le plus de chances d'avoir une action purement locale.

Ces moyens s'appliquent sur l'utérus lui-même ou sur des organes ou des territoires sensitifs susceptibles d'agir sur la matrice par voie réflexe.

A. — Moyens se servant de l'action réflexe

1° *Bains chauds.* — Gardien et Plessmann les ont employés, il y a bien longtemps, et Sippel (1886), puis Hoffmann, les ont de nouveau préconisés. Pour Bar, ils sont sans effet, et c'est à l'opinion de leur efficacité exceptionnelle, sinon douteuse, qu'il faut se rallier.

2° *Révulsion mammaire.* — Friedrich employait les ventouses, Kilian et Scanzoni les massages et Freund

l'électrisation des aréoles. D'après Bar « aucun des procédés de cet ordre ne mérite d'attirer l'attention ».

B. — Moyens qui agissent sur l'utérus ou son système nerveux

1° *Electrisation de l'utérus.* — Hüter (1803) avait déjà préconisé ce procédé. Boyer l'a récemment conseillé et Apostoli le recommande. « Le courant employé est de 25 à 30 mmamps. Un pôle (le négatif) représenté par une petite éponge (Boyer) ou un cylindre de charbon (Apostoli) est appliqué sur le col. L'autre pôle est représenté par une large plaque étalée sur la paroi abdominale, vers le fond de l'utérus. Boyer dit avoir eu des résultats incontestables. Bar, qui a expérimenté ce procédé avec Apostoli, a eu des échecs si fréquents qu'il a renoncé à toute recherche dans cette voie.

Il est regrettable que ce procédé ne donne pas de meilleurs résultats car, sans nul doute, il serait très recommandable : inoccuité complète d'un courant de 30 mmamp., asepsie facile, par absence de manœuvres intra-utérines, simplicité, etc. Il y aurait peut-être lieu de continuer l'étude de cette pratique et de rechercher si elle ne gagnerait pas à être modifiée.

2° *Electrisation de la moëlle.* — Nous savons que le centre médullaire de l'utérus est compris entre la 2e et la 5e lombaire et que, chez la chienne, l'électrisation de ce centre semble assez régulièrement provoquer le part. Nous nous demandons s'il n'y aurait pas là raison à l'essai, chez la femme, de ce mode de provocation du travail. Ce serait le procédé idéal, car il ne nécessite même pas de manipulations intravaginales et la femme resterait en état de choix pour l'accouchement provoqué. Nous n'avons rien pu nous procurer qui nous permette des considérations sur cette méthode et malheureusement nous n'avons pu ni répéter, ni préciser ou étendre l'expérimentation déjà acquise par la question.

3° *Massage de l'utérus.* — Il a été conseillé, autrefois, par d'Outrepont. Il n'y a pas d'accoucheur qui n'ait eu recours au massage du fond de l'utérus pour réveiller les contractions éteintes ou les rendre meilleures. Dans l'hémorragie par inertie, après la délivrance, c'est encore un bon moyen, sinon le meilleur, de réveiller la tonicité utérine et d'arrêter l'écoulement sanguin. Mais, avant le travail, ce procédé ne réussit guère à provoquer les contractions que dans les cas où l'utérus est prêt à entrer en action.

4° *Tamponnement vaginal.* — Schöller avait remarqué que le tamponnement vaginal entraînait généralement, et en peu de temps, le travail chez les femmes atteintes d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta. Il préconisa donc le tamponnement serré pour provoquer l'accouchement prématuré. Depuis, Braun (1851), Stolz et Rosenthal ont recommandé l'emploi d'un ballon en caoutchouc introduit dans le vagin (colpeurynter).

Le tamponnement vaginal douloureux, ou au moins pénible, est infidèle et peut conduire à l'infection. Par contre, le ballon est plus commode. Leur action provocatrice du travail serait très infidèle et on n'a plus guère recours à leur emploi. Cependant, on doit les considérer comme des adjuvants utiles, car nous avons souvent vu des contractions languissantes être tonifiées par la mise en place d'un colpeurynter. De plus, le ballon que l'on peut gonfler très progressivement et très lentement, distend les parties molles et fait un travail préparatoire des plus utiles chez la primipare. Il raccourcit ainsi l'accouchement, ce qui n'est pas à dédaigner, étant donné que le prématuré, plus délicat que le fœtus à terme, demande un travail plus facile et moins long.

5° *Les douches de Kiwisch.* — En 1884, et 1886, Kiwisch proposa de provoquer l'accouchement prématuré en dirigeant, sur le col de la matrice, un violent jet d'eau bouillie et refroidie à 40°. Il renouvelait cette douche

deux ou trois fois par jour. Campbell introduisit ce procédé en France et, d'après Bar, il fut employé, jadis, à la Maternité et à la Clinique de la Faculté de Paris. Il y serait bien vite tombé en désuétude. En dehors de son infidélité, rapidement devenue notoire, ce procédé a provoqué des lipothymies, des syncopes et même la mort subite. Tarnier, cité par Bar, aurait même vu la perforation des culs de sac vaginaux.

Sarvey a récemment tenté de réhabiliter les douches répétées de Kiwisch, en recommandant d'atténuer la violence du procédé. D'après lui, les injections vaginales chaudes seraient souvent capables de provoquer l'accouchement prématuré, si on les pratique de la façon suivante : « La femme étant placée dans le décubitus dorsal, le siège élevé et les membres inférieurs fléchis et soutenus par un coussin, on fait passer dans le vagin, toutes les 2 ou 3 heures, 50 à 100 litres d'eau bouillie à 37°5 sous une pression de 1 mètre environ, en ayant soin de presser, de temps en temps, les parois de la vulve contre la canule ». Ainsi le liquide distend le vagin, déplisse ses parois, les lèvres du col sont tirées excentriquement, les ganglions nerveux para-cervicaux seraient excités, le travail se déclarerait.

Il est évident que les injections vaginales chaudes, pratiquées de cette façon, peuvent avoir la même action que le tampon ou que le colpeurynter. On pourrait peut-être, pour simplifier l'opération se servir d'une des canules obturantes de la vulve que l'on trouve dans le commerce : elle permettrait de faire une dilatation plus efficace du vagin, de la répéter souvent de façon subintrante et de produire ainsi, sur les ganglions paracervicaux, des chocs subintrants propres à mieux les irriter que la distension continue du tamponnement ou du ballon.

Cependant, ce procédé ne peut être répandu : 100 litres d'eau stérilisée, répétés plusieurs jours, demandent une installation spéciale. D'ailleurs, il faut faire le moins pos-

sible de manœuvres intravaginales et, de plus, les manipulations multiples que demande l'emploi de quantités si abondantes de liquide, sont susceptibles de souiller bien facilement l'eau bouillie. Or, l'état idéal de la femme qui va accoucher, est l'état dit de choix (césarienne). D'autre part, l'emploi des douches à haute pression a été formellement condamnée par les Tribunaux de Paris dans un cas d'avortement criminel.

Tous les procédés précédents semblent surtout agir sur le début du travail par voies réflexes ou nerveuses. D'autres, agissent plus directement sur l'utérus et son système nerveux intrinsèque. Ce sont les plus sûrs et les plus employés. Leur danger est à peu près nul, grâce à la sécurité que nous donnent l'absence d'infection vaginale et l'asepsie chirurgicale. Un certain nombre d'entre eux ont été cependant, et pour diverses raisons, abandonnés : ce sont ceux qui emploient la dilatation par les bougies de Hégar, les laminaires, le dilatateur de Bossi, l'excitateur de Tarnier ou le tamponnement intra et supra-cervical.

6° *Bougies de Hégar.* — Leur emploi au titre purement préparatoire est quelquefois indiqué : c'est quand le col, tout à fait fermé et encore long, ne permet pas l'introduction d'emblée d'un ballon au-dessus de l'orifice interne, procédé qui, comme nous le verrons, est le procédé de choix. Mais les bougies de Hégar ne sont pas suffisantes, à elles seules, pour provoquer le vrai travail.

7° *Laminaires.* — Les laminaires ont été employées dans les mêmes conditions anatomiques. Elles ont, sur les bougies de Hégar, l'avantage, si c'en est un, d'être laissées à demeure et de gonfler lentement. Par contre, elles sont plus difficilement stérilisables. Il faut avoir soin de les choisir longues et de les fixer au museau de tanche par leur extrémité inférieure et à l'aide d'un fil. Elles sont, avec raison, très rarement employées car,

pratiquement, elles ne donnent pas les résultats qu'on peut, théoriquement, en espérer.

8° *Tamponnement intra et sapra-cervical.* — Hoffmeier puis Dührssen ont provoqué l'accouchement prématuré en tamponnant, à l'aide d'une bande de gage, la région occupée par le pôle inférieur de l'œuf et le canal cervical : ils faisaient ainsi du décollement du pôle inférieur de l'œuf et de la dilatation du col. Bouillé a montré que ce procédé peut rendre des services, mais n'est pas supérieur aux ballons dilatateurs.

9° *L'excitateur de Tarnier* serait, d'après son auteur, un excitateur de l'utérus, un accélérateur du travail et, aussi, un dilatateur du col. Il a été modifié par Febres (de Lima) qui a remplacé l'anneau en caoutchouc enserrant les branches du manche par des vis qui mesurent la force dilatatrice. La pression continue que l'instrument exerce sur le col, provoque des contractions utérines, triomphe de la rigidité du col et le dilate.

Mais l'excitateur de Tarnier est souvent difficilement supporté par les femmes et il ne triomphe pas aussi facilement que le croit son auteur de la tonicité ou de la rigidité du col. De plus les, ou une des ailettes peut glisser et venir appuyer par son tranchant sur la paroi cervicale. Bar a vu, dans un cas où ce déplacement s'est produit, l'ailette pénétrer dans la paroi et la plaie ainsi produite devenir l'origine d'une perforation utérine. Grosse a même rapporté un cas de rupture utérine. Aussi en raison de ces dangers et peut-être aussi du peu de satisfaction qu'il donne, l'emploi de cet instrument ne s'est pas répandu. Il ne faut pas s'attendre à son retour dans la faveur des accoucheurs.

10° *Le dilatateur de Bossi*, de Gênes, comme l'excitateur de Tarnier, ne peut s'employer que dans le cas de col largement perméable. Si les orifices sont fermés il faut commencer par les dilater aux bougies de Hégar. Le

Bossi « est un instrument puissant mais d'un emploi dangereux. A moins que le col soit très dilatable, il le fait éclater. Il n'est pas sans dangers. » (Bar).

Cependant à l'instigation de Léopold, il a obtenu un vif succès en Allemagne et, assez récemment, Hammeischlag a rapporté 79 cas dont 17 personnels dans lesquels les résultats qu'il a donnés ont été des plus satisfaisants.

En France la dilatation brutale du col n'a jamais eu de succès. Comme le dit Bar, elle « ne crée ni l'ampliation du segment inférieur, ni celle du col, ni le glissement lent des couches musculaires, tous phénomènes qui permettent, sans effraction, l'amincissement graduel de la paroi et son lent effacement devant la poussée fœtale. »

« Tous les procédés qui dilatent brusquement le col constituent des variantes de l'accouchement forcé » ou au moins d'un accouchement forcé ralenti. Ils ne dilatent pas le col non dilatable, ils le forcent, le brisent, le font éclater.

On peut objecter que « ces déchirures faites sous le couvert d'une asepsie rigoureuse n'ont pas souvent de conséquences graves ». Mais ces conséquences n'existeraient-elles qu'une fois qu'elles suffisent à condamner le Bossi relativement aux moyens absolument anodins. Elles sont peut-être plus fréquentes que les Italiens ne le prétendent et Bar l'a bien montré : il est difficile d'être rigoureusement aseptique dans un vagin et toute plaie ouverte dans ce repère idéal de microbes s'infecte fatalement ; la pratique journalière de l'obstétrique ne le montre que trop.

Les déchirures par le Bossi s'étendent vite au vagin, au segment inférieur, au paramètre quand on extrait le fœtus. C'est le coup de ciseau que le marchand donne dans la pièce de calicot avant de la déchirer. Aussi la dilatation brusquée du col conduit-elle facilement à une

effraction des vaisseaux para-utérins. On nous a rapporté dans le cas suivant combien ces déchirures peuvent être dramatiques : dans une présentation du siège le cordon se coinça entre la présentation et le bord du détroit supérieur ; il fut impossible de le réduire. Pour sauver l'enfant on fit une extraction rapide du siège, du corps, des membres supérieurs mais, en raison de l'existence d'un rétrécissement canaliculé, le Mauriceau échoua. On fit alors un forceps sur la tête dernière. L'extraction faite on constate une violente hémorragie dûe à une énorme déchirure longitudinale par éclatement. Position de Trendelenburg, délivrance artificielle et tamponnement très serré de la cavité utérine et de la déchirure. Il était temps, la femme était devenue, en cinq minutes, d'une pâleur de cire avec sueurs froides, éblouissements et lipothymies. Le tampon était perceptible à la main dans le ligament large au-dessus de l'arcade pelvienne droite. Inutile de dire que la parturiente fit de la fièvre pendant une dizaine de jours (40°) : finalement elle se rétablit complètement.

Bischoff a vu une déchirure semblable, après application du Bossi. Zangemeister a même vu la déchirure aller jusqu'au péritoine. Laffont a aussi rapporté, dans la thèse d'Aboulker, un cas de déchirure due au Bossi.

La dilatation forcée dans l'accouchement prématuré n'est donc pas soutenable. Elle est antiphysiologique, parce que trop rapide. Si on a besoin d'aller vite et si le col est dilatable, on a une excellente méthode dans la dilatation digitale de Bonnaire. S'il faut aller très vite et si le col n'est pas dilatable, il n'y a qu'une conduite à tenir : c'est la césarienne vaginale de Dührssen. Celle-ci, vraie opération chirurgicale, anatomique, fait une section logique qui sera suturée et n'expose pas la femme à une déchirure irrégulière et placée sur des vaisseaux. Sachant que l'on procède à une opération chirurgicale, on sera chirurgicalement aseptique et l'incision utérine suturée, les chances d'infection seront réduites au minimum.

Nous rejetons donc vigoureusement la provocation de l'accouchement prématuré par l'excitateur de Tarnier ou le dilatateur de Bossi, comme étant peut-être les méthodes les plus dangereuses pour la mère.

11° *La ponction des membranes*, à l'aide d'un trocard ou leur perforation à l'aide d'un simple perce-membranes a aussi été employée dans la provocation de l'accouchement prématuré. On fait ainsi, artificiellement, une rupture prématurée de la poche des eaux, état qui, très souvent, amène l'entrée en travail.

Mais, comme le fait remarquer Bar, l'introduction d'un trocart ou d'un perce-membranes à travers un col étroit et dans lequel on ne peut pas insinuer le doigt comme conducteur, est une manœuvre aveugle et qui doit, en principe, être condamnée. D'autre part, la clinique montre qu'il s'écoule souvent un temps assez long entre le moment où les membranes sont ouvertes et celui où le travail commence. Or, en dehors du temps perdu, il n'est pas indifférent de laisser un œuf ouvert pendant longtemps : « les risques d'infection de la mère augmentent ainsi que ceux de l'enfant et ces risques sont d'autant plus graves que les conditions qui obligent à provoquer l'accouchement sont souvent, par elles-mêmes, pour le fœtus, causes de souffrances, d'aspirations prématurées, etc. »

« Enfin, la rupture prématurée des membranes favorise les procidences, rendues encore plus faciles par la mobilité de la partie fœtale.

« Pour toutes ces raisons, on ne doit recourir à la perforation des membranes que chez les grandes multipares, avec des parois si souples qu'on soit certain de pouvoir dilater artificiellement, et cela sans danger si le travail tarde. Encore faut-il que la partie fœtale soit la tête fléchie et bien fixée et que les risques de procidence et de déplacement de la partie qui se présente, ne semblent pas exister » (Bar).

12° Un autre procédé dont nous comparons assez volontiers la valeur à celle de la ponction des membranes, est le *décollement du pôle inférieure de l'œuf*, par la manœuvre d'Hamilton. On a été conduit à l'emploi de cette pratique par l'observation clinique de l'accouchement quand le pôle inférieur de l'œuf reste adhérent au segment inférieur : la poche des eaux ne peut plus bomber dans le canal cervical et tout se passe comme dans les poches plates si, à chaque contraction, la présentation ne vient pas librement butter contre l'orifice interne du col. Un excellent moyen de hâter alors le travail, est de décoller, au doigt, l'œuf dans toute la zône accessible. Il était rationnel d'essayer du même moyen pour provoquer l'accouchement. Cependant, les résultats obtenus sont très inconstants et ce procédé n'est pas celui qui peut réunir l'unanimité des accoucheurs.

Schweighaüser et Cohen (de Hambourg) ont proposé de décoller l'œuf sur une grande étendue, par l'injection d'un liquide entre l'utérus et les membranes. On a employé, tour à tour, l'eau bouillie, l'eau de goudron, la solution de permanganate de potasse, l'infusion d'ergot et (Pelzer, 1892) la glycérine. Cette pratique, trop dangereuse pour être conseillée (lipothymies, hématuries, surtout si on emploie la glycérine) n'a qu'un intérêt historique.

Et, ainsi, dans notre revue des moyens propres à provoquer l'accouchement prématuré (ou réputés tels), nous n'avons pas encore trouvé de procédé vraiment recommandable. Il en est encore deux autres « qui ont été très discutés, mais qui constituent encore la meilleure de nos ressources, ce sont : la *méthode de Kraüse* et la *méthode de Champetier de Ribes.*

13° *Procédé de Kraüse.* — Préconisé par l'auteur dont il porte le nom (1885), il n'est qu'une modification des procédés de Mempe et de Lehmann. Il consiste à intro-

duire, aussi loin que possible, une bougie spéciale entre les membranes et la paroi utérine.

Ce procédé est simple et susceptible d'une asepsie parfaite, si l'on veut bien faire l'introduction de la bougie sous l'éclairage d'un spéculum à becs courts ou de valves et si l'on emploie des bougies à bec légèrement en béquille et à corps formé d'un ressort. Ainsi le bec s'insinuera spontanément entre la paroi utérine et les membranes et on n'a pas à introduire, comme conducteur, le doigt qui, pour arriver sur le col, aura touché aux parois à peu près fatalement septiques du vagin.

Cette méthode, d'une exécution facile, surtout quand le col est perméable, est cependant susceptible de reproches. Ce sont :

a) Les risques de perforation des membranes ou du placenta. Ce dernier accident a parfois amorcé une hémorragie grave et un décollement prématuré du délivre d'où mort rapide du fœtus et nécessité de faire rapidement l'accouchement (rupture du sinus circulaire). Aussi quand, dans l'introduction de la bougie, on sent de la résistance, il faut changer de direction dans la crainte d'être sur le placenta bas inséré ;

b) Son infidélité. Tibone et Balandin ont vu des femmes rester plusieurs jours avec une sonde dans l'utérus, sans avoir de douleurs. Pour remédier à cet inconvénient, on a conseillé d'introduire une deuxième et même une troisième sonde à côté de la première ou, mieux, dans des directions divergentes.

Malgré ces inconvénients, le procédé de Kraüse garde encore des partisans. Il n'est pas physiologique, mais certains accoucheurs ont tendance à l'employer quand la perméabilité du col est nulle ou à peu près et qu'on ne peut introduire d'emblée un ballon. Nous croyons qu'on doit limiter l'emploi de la sonde de Kraüse à la nécessité de rendre les orifices plus perméables qu'ils ne

le sont. Dès que faire se peut, il faut la remplacer par un ballon. C'est la conduite habituellement observée à la Maternité d'Alger.

14° *L'emploi des ballons* insinués par le canal cervical entre la présentation et l'orifice interne du col est, en effet, le procédé le plus physiologique que nous ayons pour provoquer l'accouchement prématuré.

Nous avons vu, plus haut, la grande importance qu'il faut atacher à la plénitude de l'utérus et à la poche des eaux dans l'accouchement. La plénitude de l'utérus permet à celui-ci de se contracter plus efficacement et la poche des eaux, décollée du segment inférieur, fait saillie et vient dilater le canal cervical, l'amincir, l'effacer. Or, avant terme, l'utérus n'est pas encore surdistendu par le volume du fœtus, la quantité de liquide amniotique est moindre d'où volume moindre de la poche des eaux. Si donc on augmente la plénitude utérine par un ballon qui décollera le pôle inférieur de l'œuf et qui sera susceptible, après avoir excité les ganglions paracervicaux, de faire office de bonne poche des eaux, on aura, semble-t-il, les meilleures conditions possibles pour avoir un accouchement physiologique.

C'est Schnakenberg (1831) qui, le premier, eut l'idée dans son phéno-siphon, de dilater le canal cervical à l'aide d'un instrument en caoutchouc. R. Barnes, dans la suite, proposa la dilatation du col par un ballon dérivé du sphéno-siphon de Schnakenberg. Plusieurs auteurs ont, tour à tour, modifié la technique de Barnes ; nous ne nous arrêterons pas à leurs procédés qui n'ont jamais guère été employés, du moins en France. Nous employons, chez nous, le ballon de Tarnier et celui de Champetier de Ribes. On a aussi employé le ballon de Boissard et le procédé de Demelin qui se sert d'un simple condum fixé sur une sonde uréthrale, à son extrémité.

Le *ballon de Tarnier* a le grand avantage de pouvoir être introduit au-dessus de l'orifice interne, même quand

le canal cervical est fermé ou au moins légèrement perméable et cela sans grand risque de perforer les membranes. Distendu, il décolle le pôle inférieur, excite l'utérus, provoque l'effacement du col et permet, dans la suite, l'emploi de moyens plus actifs : il est ainsi un bon moyen préparatoire du ballon de Champetier de Ribes. Il manque souvent son but quand on lui demande de provoquer franchement et définitivement le travail (Bar). C'est ainsi qu'à la clinique Tarnier, il n'a été suffisant que dans 68 cas : il est, en général, expulsé avant que le travail soit suffisamment avancé pour ne pas régresser et avant que la dilatation du col soit suffisante pour que l'on puisse intervenir utilement. De plus, il est très fragile et il ne se distend pas souvent sans se déchirer : c'est peut-être la vraie raison de son abandon définitif.

Après l'avoir employé dans son service de la Maternité, M. le Professeur Rouvier a totalement renoncé à lui, soit à cause de la facilité avec laquelle il se rompt, soit en raison des résultats incomplets auxquels son emploi conduit. Il n'amène presque jamais la dilatation à des dimensions suffisantes pour la terminaison spontanée de l'accouchement.

Le *procédé de Demelin* est un procédé de fortune très ingénieux, applicable aux cas où le col est à peine perméable et ne permettrait pas l'introduction d'un gros ballon. Mais le condum n'est pas très résistant, quoique sa fragilité soit moins grande que celle du Tarnier. Nous tenons, d'un élève de Demelin, que ce procédé est parfaitement capable d'amener le travail et de l'amorcer suffisamment pour qu'il aille spontanément jusqu'à l'expulsion fœtale.

Mais, le procédé qui semble avoir le plus de faveur en France est l'emploi des *ballons de Champetier de Ribes*. Müller et Boissard, ont apporté à ces derniers des modifications sans importance.

Le ballon de Champetier de Ribes a une forme très heu-

reusement choisie et est fabriqué avec un tissu à la fois souple et ferme qui lui permet de conserver sa forme après gonflement. Une pince ingénieuse sert à le mettre en place et ses diamètres sont calculés de telle façon que la circonférence de son fond doit, pour franchir le col, attendre une dilatation complète.

Mais, si on ne peut pas introduire d'emblée le gros ballon qui fera une dilatation complète, on peut s'adresser à toute une série de ballons plus petits et du même modèle.

Le ballon de Champetier de Ribes, que l'on peut distendre très lentement et très progressivement, ou par fractions successives, provoque assez rapidement le travail, en décollant le pôle inférieur de l'œuf et en excitant par dilatation les ganglions para-cervicaux. C'est de 20 minutes à quelques heures (le plus souvent 3 ou 4 heures) après sa mise en place que les contractions apparaissent.

Parfois, cependant, le travail ne se déclare pas et Bar a vu des femmes porter, pendant deux ou trois jours, un volumineux ballon dans l'utérus sans en être incommodées : une telle tolérance est rare.

D'autres fois, les contractions aparaissent, mais la dilatation ne se fait pas. C'est que l'anneau de Bandl s'est rétracté au-dessus du ballon qui est enfermé dans le rez-de-chaussée (segment inférieur) d'un utérus à deux étages. La contraction plaque la présentation sur l'anneau de Bandl rétracté et le ballon n'est plus soumis à aucune pression qui puisse dilater le col. Cette constatation est en opposition absolue avec les vues récentes sur la dilatation active du col. On peut diminuer les chances de rétraction de l'anneau de Bandl en gonflant lentement, progressivement et incomplètement le ballon. Ce phénomène est d'ailleurs très rare.

Le ballon de Champetier de Ribes a été accusé de déplacer, par son volume considérable, la partie fœtale ren-

dant ainsi plus fréquentes les présentations anormales et facilitant les procidences. Il faut donc toujours être prêt à faire l'accouchement au moment où le ballon est expulsé.

De plus, chaque fois qu'on change de ballon, il y a manipulation intra-utérine d'où chance nouvelle d'infection. L'idéal serait d'avoir un ballon en tissu facilement et suffisamment extensible ou bien des ballons tels qu'on puisse gonfler successivement des compartiments distincts les uns des autres, tels qu'on puisse les déplisser en parapluie. Et on peut concevoir :

1° Des ballons à compartiments concentriques ;

2° Des ballons à compartiments en quartiers d'orange ;

3° Des ballons se déplissant en parapluie.

Nous aurions voulu faire exécuter ces types de ballons ainsi que la bougie de Kraüse à béquille et une bougie de Hégar courbe avec courbure calculée ; les ressources de la ville, les maigres loisirs que laissent les conditions actuelles, ne nous l'ont pas permis. Nous ne pouvons qu'en donner l'idée.

Voilà quels sont les principaux procédés que l'accoucheur a à sa disposition pour provoquer l'accouchement prématuré. Tous ont été sujets à reproches justifiés, aucun n'est donc parfait.

Le moment est venu de voir, d'après nos observations, ce qu'ont donné ceux d'entre eux qui ont été employés à la Maternité d'Alger.

Chapitre IV

Observations

Nous avons essayé de classer nos observations suivant un ordre qui parût le moins artificiel possible. Elles ne sont donc pas dans l'ordre chronologique.

Observation I

(Clinique obstétricale — Alger, année 1909)

I are. — Bassin en dextroversion, asymétrique ; accouchement prématuré provoqué, forceps au détroit inférieur.

M. B..., 21 ans, célibataire, entre dans le service le 10 février 1909. Son père est vivant et bien portant ; sa mère est morte, à 42 ans, d'un cancer. Elle a marché à 3 ans ; réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été très irrégulière. Rougeole à 3 ans ; paralysie peu de temps après qui a duré deux mois.

Pas de grossesse antérieure.

Les dernières règles ont eu lieu à la fin juin 1908. La grossesse semble arrivée dans la première quinzaine du neuvième mois.

Examen à l'entrée. — La taille mesure 1 m. 52, le tronc 83 cm La peau, le cœur et les poumons sont normaux. Les seins sont pyriformes. L'abdomen en obusier a des parois souples.

Les diamètres du bassin mesurent :

Le baudelocque	21,6
Le bis-épineux	20,6
Le bi-crêtal	26
Le bi-ischiatique	9,4

Le promontoire n'est pas accessible au toucher bidigital.

La présentation est une tête en O I G P mobile au détroit supérieur.

Le membre inférieur droit est légèrement atrophié. Quand le membre repose à terre le bassin est en dextroversion : abaisse-

ment du pli fessier droit et aplatissement de la fesse droite ; obliquité du pli interfessier de haut en bas et de droite à gauche; légère scoliose lombaire. Il est aussi en antéversion : exagération de la cambrure de la taille.

Le quadrilatère obstétrical présente les dimensions suivantes.

diagonale verticale : 15 cm = 6 + 9.
diagonale horizontale : 10,5 = 4,5 + 6.

Le bassin est donc, de plus, asymétrique.

22 *février*. — L'enfant est toujours en O I D P et la tête est toujours très mobile au détroit supérieur. On décide l'accouchement prématuré provoqué, et on le fixe au 15 mars.

Accouchement (15 mars). — La grossesse est arrivée à 8 mois et demi environ. Le fœtus paraît bien développé presque à terme.

A midi, on introduit dans l'utérus une bougie de Kraüse.

Le 16, à 9 heures du matin, on place un ballon de Tarnier qui éclate en quelques instants. On en replace *un second* qui est gardé jusqu'au lendemain, à 4 heures du matin. Pendant toute la journée du 16, la femme a vomi abondamment et a rejeté un liquide filant, noirâtre, puis verdâtre.

Le 17 mars, au matin, le pouls maternel est à 96. *L'écarteur de Tarnier* est placé à 8 heures du matin. La tension artérielle au Potain est 14-15.

A 10 heures du matin, on se décide à terminer : *dilatation manuelle à la Bonnaire*, rupture de la poche des eaux, la tête s'engage. Le travail traînant, l'enfant paraissant souffrir, on fait une application de forceps : l'extraction est très lente, très difficile et demande 30 minutes. Une légère déchirure périnéale s'est produite.

Sans attendre, on pratique, sous l'anesthésie, la délivrance artificielle. Le placenta pèse 560 grammes et présente de nombreux et petits infarctus disséminés.

L'enfant, du sexe masculin, présente, à sa naissance, un bon état physique. Il pèse 3 kil. 300 ; sa longueur totale mesure 49 centimètres. Les diamètres de sa tête mesurent :

Le O M.....	13 cm.
Le O F.....	10 cm.
Le S O B.....	9,5
Le S O F.....	10
Le Bi P.....	9,5
Le Bi T.....	8
Le S M B.....	9,5

Suites de couches. — L'enfant, allaité par la mère, pèse 2 kil. 860 gr., le 4e jour (minimum) et 3 kil. 220, le 10e jour. Son état, à la sortie (28 mars) est satisfaisant. Il a reçu un peu de quinton.

La mère fait une légère élévation de température, le 21, et ses lochies présentent, à ce moment, une légère fétidité : on fait six lavages à l'eau oxygénée dans les 24 heures. L'état devient rapidement bon et se maintient tel jusqu'à la sortie.

*
* *

Observation II

(M. le Professeur Rouvier, in-*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1912)

Bassin asymétrique, biischiatique de 0,07. — Accouchement provoqué presque à terme. — Expulsion spontanée du fœtus par la position de Jonges.

La nommée B. R..., tapissière, célibataire, primipare, âgée de 22 ans, entre à la clinique obstétricale (n° 402, série II) le 4 janvier 1912.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, en bonne santé, ont eu 9 enfants dont 4 morts en bas âge et 5 se portant bien.

Antécédents physiologiques. — A marché à 2 ans ; a été réglée à 17 ans, menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — A la suite d'une chute à l'âge de 4 ans, a présenté une affection ostéo-articulaire du genou droit, pour laquelle elle est restée deux ans et demi à l'hôpital civil de Mustapha. Cicatrices multiples et profondes, siégeant dans les régions juxta-épiphysaires, dans le voisinage de l'articulation fémoro-tibiale droite. Les mouvements articulaires sont limités à de très légers mouvements de flexion. Dans la station debout, le membre malade est suspendu, en état de flexion partielle de la jambe sur la cuisse ; il est plus court que le membre sain.

Les dernières règles ont eu lieu du 2 au 5 mai 1911. La grossesse est parvenue à la fin de la deuxième quinzaine du 9e mois. L'état général est satisfaisant, pas d'albumine dans les urines.

A l'entrée dans le service, le fœtus se présente par le siège en dorso-postérieure. Pas d'engagement. Le 23 janvier 1912, cette

présentation est remplacée par une présentation du sommet en O I D P qui persistera jusqu'au moment de l'accouchement.

A l'inspection, je relève tous les caractères d'une asymétrie dans un bassin, de type ovalaire, en dextroversion. La fente vulvaire regarde la cuisse gauche.

Sur le plan dorsal, comme conséquence de la dextro-version, courbe scoliotique à convexité droite, dans la région lombaire, et, par suite du redressement du tronc, le plan latéral gauche décrit une courbe plus arquée qu'à droite.

Le quadrilatère obstétrical (los. de Michaëlis) est très déformé.

Les dimensions sur les quatre côtés sont : à droite, en haut 0 m. 055 ; en bas, 0 m. 10 ; et, à gauche, en haut et en bas, 0 m. 08. La diagonale verticale, légèrement oblique de haut en bas et de gauche à droite, mesure 5 + 8 = 0,13. La diagonale horizontale, fortement inclinée à droite, mesure 4 + 5 = 0 m. 09.

Disparition complète du pli fessier droit. Aplatissement de la fesse droite, avec saillie à gauche et en bas, vers le pli interfessier, qui est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Diamètres. — Diamètres de Baudelocque, 0 m. 195 ; diamètre bi-épineux antéro-supérieur, 0 m. 225 ; diamètre bi-crête, 0 m. 245; diamètre biischiatique, 0 m. 07.

Diamètres obliques :

1° De l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'épine iliaque postérieure droite : 0 m. 22 ;

2° De l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'épine iliaque postérieure gauche : 0 m. 215 ;

3° De la tubérosité ischiatique droite à l'épine iliaque postérieure gauche : 0 m. 17 ;

4° De la tubérosité ischiatique gauche à l'épine iliaque postérieure droite : 0 m. 20 ;

5° De l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : 0 m. 185 ;

6° De l'apophyse épineuse de la 5e vertèbre lombaire à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche : 0 m. 175 ;

7° Du grand trochanter droit à l'épine iliaque postéro-supérieure gauche : 0 m. 25 ;

8° Du grand trochanter gauche à l'épine iliaque postéro-supérieure droite : 0 m. 265 ;

9° Du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postérieure droite : 0 m. 19 ;

10° Du bord inférieur de la symphyse pubienne à l'épine iliaque postérieure gauche : 0 m. 18 ;

11° De l'épine iliaque antérieure supérieure gauche au sommet de la symphyse pubienne : 0 m. 15 ;

12° De l'épine iliaque antérieure supérieure gauche au sommet de la symphyse pubienne : 0 m. 19.

Au toucher vaginal, le promontoire est inaccessible. L'épine sciatique droite fait saillie dans l'excavation. La ligne innominée gauche est redressée.

En résumé, nous avons affaire à un bassin asymétrique, avec atrophie des deux os iliaques, dans lequel le type oblique ovalaire se trouve, à un certain degré, combiné avec le type en « entonnoir ».

Cette circonstance nous permet d'espérer un accouchement spontané, en utilisant la *position de Jonges* (flexion forcée des cuisses, combinée à l'extension des jambes et à l'abduction des membres inférieurs), vers la fin du neuvième mois.

Après soigneuse désinfection, je fais provoquer le travail, par introduction, dans l'utérus, de la *sonde de Kraüse*, le 12 février. Le travail débute vers la 16e heure. Le col est effacé, et la dilatation commençant le 13 février, vers la 8e heure, la parturiente est conduite à la salle de travail. La tête est engagée en O I D P. La rupture de la poche des eaux est spontanée, mais précoce. La dilatation est complète, le 13 février, à 14 h. 30. La femme est aussitôt placée, suivant mes instructions, dans la *position de Jonges*, et accouche, spontanément, en occipito-pubienne, au bout de trente minutes. Le placenta s'engage par sa face fœtale et est expulsé à 15 h. 45. Durée totale du travail : 7 h. 45.

La température de la parturiente est de 36°8, son pouls de 78 pulsations. Sa respiration est normale, l'utérus est bien rétracté. La vulve et le périnée sont indemnes.

Le fœtus, du sexe féminin, mesure 0 m. 50. Il pèse 3 k. 240. Son état général est bon. Les diamètres sont : O F, 0 m. 12 ; sous O F, 0 m. 095 ; Bi-P, 0 m. 095 ; O M, 0 m. 13 ; sous O-B, 0 m. 095 ; Bi-T, 0 m. 08 ; sous M-B, 0 m. 105. Grande circonférence 0 m. 35 ; petite circ., 0 m. 29. Diamètre biacromial : non réduit, 0 m. 135 ; réduit, 0 m. 11.

Le cordon mesure 0 m. 47 et a l'épaisseur du petit doigt. Son insertion est excentrique. Le placenta, de forme ronde, pèse 450 grammes. Le grand lambeau mesure 0 m. 39 ; le petit lambeau, 0 m. 10.

La montée du lait fut moyenne le 15 février. Après des suites de couches physiologiques, mère et enfant quittèrent le service le 4 mars, en excellent état de santé. Le nourrisson pesait 3.680 grammes.

*
* *

Observation III

(Clinique obstétricale d'Alger-Mustapha, 1907)

Ilare ayant été accouchée au forceps à la fin d'une première grossesse. — Bassin aplati avec déformations multiples ; accouchement prématuré provoqué, évolution spontanée.

M. M..., 21 ans, entre à la Clinique obstétricale le 27 septembre 1907.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents physiologiques. — M. M..., a marché à deux ans et la marche a toujours été normale. Réglée à 14 ans, sa menstruation a toujours été régulière. Mariage à 17 ans.

Une grossesse antérieure, terminé par un accouchement au forceps à la Maternité, le 20 avril 1905. L'enfant, qui a actuellement 2 ans et demi, est sujet à des crises indéterminées.

Grossesse. — Les dernières règles remontent à la fin janvier. Les mouvements actifs ont été perçus vers le sixième mois. Les premiers mois de la grossesse ont été marqués par des vomissements peu tenaces.

Examen. — La taille de notre femme est de 1 m. 53. Elle présente une cyphose lombaire très marquée. Le cœur et les poumons sont normaux, il n'y a ni varices, ni œdème. Les seins, bien développés, présentent des mamelons peu saillants. L'abdomen en besace a des parois souples, l'utérus est en anté-version. Le fœtus est en présentation transversale et en A I G dorso-postérieure.

La pelvimétrie externe donne les résultats suivants :

Baudelocque	17,7
bis-épineux	23,2
bi-crêtal	27
bi-ischiatique	8,3
P.P.M.	9

Il s'agit donc d'un bassin aplati.

Le toucher vaginal montre que l'épine sciatique droite fait saillie en dedans et que, au-dessus d'elle est une crête saillante. La concavité sacrée est en outre effacée et le doigt explorateur tombe sur un pseudo-promontoire, vraisemblablement formé par une vertèbre sacrée.

Le 11 octobre, on entre dans le neuvième mois de la grossesse. On fixe *l'accouchement prématuré artificiel* au 14 octobre.

Le 14 octobre, à 9 heures du matin, on introduit, dans le col de l'utérus, une *sonde de Krause*. Cette opération ne présente rien de particulier. L'enfant est en O I D P.

Dans l'après-midi, de petites douleurs apparaissent. A minuit, elles deviennent de plus en plus intenses et le travail suit une marche régulière jusqu'à l'expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin et pesant 2 kil. 680. Cette expulsion a lieu le 15, à 9 heures du matin. L'état physique du nouveau-né est des meilleurs.

Les suites de couches ont été absolument normales pour la mère et l'enfant. Celui-ci pesait 2 kilogr. 650 le douzième jour. Le 13 novembre suivant, il pesait 3 kil. 127. Il vécut dans de bonnes conditions de développement, jusqu'à l'âge de 2 ans, moment où il est mort de broncho-pneumonie.

*
* *

Observation IV

(Clinique Obstétricale d'Alger, 1908)

Iare. — Bassin limite, accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2, évolution régulière et spontanée du travail.

B..., Carmen, 18 ans, célibataire, arrive dans le service, le 11 mai 1908. Son père est encore vivant et bien portant ; sa mère est morte, il y a sept ans, de tuberculose. Elle a une sœur et trois frères, tous bien portants et tous allaités par leur mère.

B... C., a marché à 16 mois et la marche a toujours été normale. Réglée à 12 ans, ses époques sont assez régulières. Elle a contracté, à l'âge de 5 ans, les fièvres paludéennes.

Pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles ont eu lieu du 28 août au 1er septembre. Les mouvements actifs ont été perçus vers le 20 ou le 25 décembre. L'utérus remonte à huit travers de doigts, au-dessus de l'ombilic. D'après ces renseignements, la grossesse est donc arrivée dans la première quinzaine du neuvième mois.

Examen. — La taille mesure 1 m. 50 ; le squelette paraît bien conformé. La peau présente de nombreuses vergetures ; léger œdème des membres inférieurs ; pas de varices. Les seins sont bien développés, les mamelons sont saillants. L'abdomen est

globuleux, la tension de ses parois est peu marquée. L'enfant est en présentation céphalique et en position O I D P.

Le bassin a les diamètres suivants :

Baudelocque	18 cm.
bis-épineux	22 cm.
bi-crêtal	26,7
bi-ischiatique	10,5

Le promontoire est accessible au toucher bidigital.

Le quadrilatère obstétrical est normal. La mensuration donne :

Diagonale verticale : 13 cm. (6 cm. + 7 cm.)
Diagonale horizontale 11 cm. (5,5 + 5,5).

Il s'agit donc d'un bassin limite.

L'accouchement à terme sera peut-être un peu pénible. Il faudra probablement faire un forceps si la tête s'engage car elle paraît assez grosse ; si elle ne s'engage pas, on sera conduit à faire une version podalique par manœuvres internes. Le fœtus paraît déjà bien développé : si la mère a une taille à peu près moyenne, le père serait plutôt grand et fort (sans obésité).

Du 12 mai au 3 juin, la femme fait un petit rhume et même présente un point de côté douloureux ; puis elle se plaint d'une oreille et M. le docteur H. Aboulker lui retire un insecte du conduit auditif.

Le 3 juin, elle « marque » mais, dès le lendemain, les pertes s'arrêtent spontanément. L'enfant est en O I D P.

Le 13 juin, la tête ne s'engage pas, elle déborde même nettement la symphyse pubienne. L'enfant est en O I G P.

Le 15, M. le docteur Benhamou, chef de clinique, constate de l'empâtement dans l'un des culs de sac et émet l'hypothèse de la possibilité d'un placenta prœvia.

Accouchement. — Le 16, l'interne du service provoque l'accouchement : introduction d'une *sonde de Kraüze* n° 21, à 11 heures du matin. Les douleurs apparaissent à minuit : à ce moment, on constate que la dilatation est de 0 fr. 50 et on retire la sonde. L'enfant est en O I G P.

La dilatation est complète le 17 juin, à 3 h. 40 du soir : la dilatation a donc mis environ 16 heures à se faire. On rompt la poche des eaux et, à 4 h. 20, a lieu l'expulsion du fœtus. La période d'expulsion a donc duré 40 minutes. Le liquide amniotique était peu abondant, la quantité totale de sang perdu a été de 175 grammes environ.

La délivrance se fait spontanément : le placenta s'engage à 4 h. 30 ; il est expulsé à 4 h. 35.

L'enfant, du sexe masculin, présente un bon état physique. Il pèse 3 kil. 320 et mesure 50 centimètres de longueur. Les diamètres de sa tête sont :

O M	13,5
O F	11
S O B	9,5
S O F	10
Bi P	8,6
Bi T	7,2
S M B	11

Suites de couches. — Les suites de couches ont été des plus normales pour la mère. L'enfant, allaité par la mère, pèse 3 kil. 300 gr., le deuxième jour et 3 kil. 570 le 9e jour. L'état de l'un et de l'autre était des plus satisfaisants, au moment de leur sortie.

*
* *

Observation V

(Clinique Obstétricale de Mustapha-Alger, année 1906)

I are. — Luxation caxo-fémorale droite congénitale ; bassin régulièrement et uniformément rétréci. — Accouchement prématuré artificiel.

H. J..., 17 ans, célibataire, entre à la Maternité d'Alger le 28 mai 1906.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants : ont eu neuf enfants ; six sont vivants, les trois autres sont morts de méningite ou de bronchite.

Antécédents physiologiques. — H. J..., a marché à 3 ans et a présenté immédiatement de la boîterie de la jambe droite. Réglée à 15 ans, la menstruation a toujours été irrégulière.

Antécédents pathologiques. — Néant.

Grossesse. — La femme ignore la date de ses dernières règles et le moment d'apparition des mouvements actifs. Le fond de l'utérus arrive à trois travers de doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde : la grossesse est donc de huit mois environ.

Examen. — A noter de légères varices à la jambe gauche. Les

seins sont bien conformés, le ventre est globuleux et ses parois sont fermes. L'enfant se présente en sommet en O I D P. L'auscultation confirme cette position.

A l'examen, on remarque que le creux poplité droit est plus haut que le gauche. La rotule droite paraît légèrement relevée. La vulve est reportée en arrière et à gauche ; le bassin est en anté-version et on remarque une luxation uni-latérale de la jambe droite (luxation congénitale).

La ligne épi-tronchantérienne droite aboutit, en avant, dans le voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure droite et, en arrière, elle passe au-dessus de l'extrémité supérieure du pli inter-fessier. Elle est plus élevée, d'environ 5 cm., que la ligne épi-trochantérienne gauche. Le bassin est donc en *dextro-version*. La fesse droite descend plus bas que la fesse gauche, elle est plus aplatie ; la cambrure est fortement accusée.

Le quadrilatère obstétrical est déformé. La hanche gauche est plus développée et plus saillante que la droite ; le repli fessier droit est plus long que son congénère, il est dirigé un peu obliquement de dedans en dehors. Le sommet du pli interfessier semble décrire une légère courbe du côté droit. La vulve est dirigée un peu à gauche et en arrière ; il y a compression de la grande lèvre gauche par la cuisse gauche.

Mensurations :

Taille	1 m. 33
Bis-épineux	20 cm.
Bi-crêtal	21,5
Baudelocque	16 cm.
P. P. M.	8 à 8,5
Bi-ischiatique	8,5
De l'épine ant. sup. droite à l'épine post. sup. gauche	17 cm.
De l'épine ant. sup. gauche à l'épine post. sup. droite	18 cm.
Ischio-épineux post. sup. gauche	16,4
— — droit	14 cm.
De l'ischion gauche à l'épine post. sup. droite	19 cm.
De l'ischion droit à l'épine post. sup. gauche	16 cm.
De l'épine de la 5e lombaire à l'épine il. ant. sup. gauche	16 cm.
De l'épine de la 5e lombaire à l'épine il. ant. sup. droite	14,5

Du grand trochanter à l'épine post. sup. gauche..	13,2
— — droit....	10,3
Sous-pubo épineux post. sup. gauche.....	16,5
— — droit.....	16,5
Sacro sous-pubien.....	8 cm.

La mensuration des membres donne :

De l'épine il. ant. sup. gauche au milieu de la rotule	35 cm.
De l'épine il. ant. droite au milieu de la rotule..	34 cm.
De la rotule gauche au sol.....	39 cm.
De la rotule droite au sol.....	36 cm.

Le 30 mai, on décide d'intervenir par accouchement prématuré provoqué. L'enfant se présente en O I G A. A 10 heures du matin, M. Pélissard, chef de clinique, introduit dans le col utérin une *sonde de Kraüze* et place un *colpeurynter* de Braün. Peu de temps après, et à 0 fr. 50 de dilatation, M. le Professeur Rouvier fait introduire dans le col un *ballon instantané de Demelin*, procédé dont il veut expérimenter l'efficacité : il s'agissait de fixer un condom sur une sonde uréthrale, d'en chasser l'air, puis de le gonfler avec une liqueur colorée et enfin de l'introduire. On éprouve beaucoup de difficultés à purger complètement le ballon d'air ; finalement on y arrive, à quelques bulles près, et on introduit le ballon gonflé d'eau permanganatée, dans l'utérus, sur le conducteur de Tarnier. Mais, à peine est-il dans la cavité utérine qu'il se rompt, laissant échapper le liquide coloré : les parois du condom de Demelin sont loin d'avoir la résistance de celles du ballon de Tarnier. Le procédé de Demelin est donc loin d'être parfait ; c'est cependant un dispositif de fortune et d'urgence facile à réaliser.

Devant cet échec, M. Pélissard introduit à nouveau une sonde de Kraüze : cette introduction est facile et se fait sans rencontrer de résistance, mais elle fait sourdre un peu de liquide amniotique. Craignant une rupture de la poche des eaux, M. le Professeur Rouvier fait retirer la sonde et fait placer un *colpeurynter* dans le vagin.

Dilatation manuelle de Bonnaire, suivie d'un forceps.

*
* *

Observation VI

(Clinique Obstétricale d'Alger, année 1906)

VI pare — Claudication par suite de lésions suppurées de la région épitrochantérienne droite.— Sacro-sous-pubien = 9cm ; accouchement prématuré provoqué ; version, grande extraction.

R. S..., 35 ans, entre, le 29 mai, à la Maternité de Mustapha.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 60 ans de folie alcoolique. Mère morte enceinte, à 40 ans, après avoir eu 8 enfants dont l'un est mort d'une affection indéterminée.

Antécédents physiologiques. — A marché à 15 ou 16 mois et a toujours bien marché. Réglée à 13 ans ; menstruation très régulière.

Antécédents pathologiques. — Adénite cervicale bacillaire vers l'âge de 8 ans. Variole dans l'enfance.

Grossesses et accouchements antérieurs. — Mariée à 18 ans, R. S..., a eu cinq grossesses normales, suivies d'accouchement eutociques à terme. Quatre enfants vivants, le cinquième est mort de faiblesse congénitale. Le dernier accouchement remonte au 24 janvier 1898 et a donné naissance à un enfant du sexe masculin pesant 4 kilogr.

Grossesse actuelle. — Elle est arrivée à la fin du 8e mois ou aux premiers jours du neuvième.

Examen. — Varices des membres inférieurs. Poumons et cœur normaux.

Le ventre est globuleux et l'utérus en forme de besace. Les parois sont souples ; l'enfant se présente en sommet (O I G P), la tête est très mobile.

La femme présente une boiterie de la jambe droite consécutive à des lésions suppurées de la région épitrochantérienne survenues, à l'âge de 26 ans, dans les suites de la quatrième grossesse. Il existe une cicatrice au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. La jambe gauche (saine) est en abduction légère avec demi-flexion dans la station debout. Le bassin est en antéversion très accentuée. R. S..., a déjà accouché antérieurement dans le service et les observations retrouvées dans les registres ne relèvent rien de particulier.

La pelvimétrie externe donne les résultats suivants :

Bi-crêtal	26,5
Bis-épineux	24
Baudelocque	20,8
sacro sous-pubien	9

Le promontoire est inaccessible.

Le 1er juin, l'enfant est en O I D P (Dr Pélissard).

Le 5 juin, l'effacement est presque complet (Mlle Dauzon).

Les 16, 17 et 18 juin, on fait des lavages vaginaux et on place des ovules iodoformées.

Le 19 juin, la tête est engagée. Le Dr Pélissard, chef de clinique, introduit dans le col 8 cm. environ de la *sonde de Kraüze*. Il place ensuite le *colpeurynter* de Braün dans lequel on injecte 300 cm. c. de solution permanganatée. L'interne du service, à 7 h. et demie du soir, retire la sonde et le colpeurynter qui s'est vidé pendant la journee.

Le 20 juin, à 9 heures du matin, M. Pélissard replace le colpeurynter. L'interne le retire vers 7 heures du soir.

Le 21 juin, M. le Chef de clinique replace, vers 9 heures du matin, le colpeurynter ; il se vide, l'interne le remplit de nouveau vers midi. On l'enlève le soir : pas de contractions, pas de dilatation. La femme, fatiguée, s'oppose à ce qu'on le replace.

Le 22 juin, le travail n'avançant pas, M. le Professeur Rouvier décide d'intervenir (dilatation par le *dilatateur de Tarnier* et forceps). La femme s'oppose à l'intervention ; aucune indication d'urgence ne se posant, on la renvoie à une date ultérieure L'enfant est en O I G T.

Le 23 juin, la position est une O I G A. La femme se décide à se laisser opérer. La tête, non engagée, se laissant facilement refouler, M. le Chef de clinique préfère la version au forceps.

Dilatation manuelle du col très dilatable. Rupture artificielle, à l'aide d'une pince à forcipressure de la poche des eaux très plate. Le pied droit, puis le pied gauche sont amenés à la vulve. Le bras postérieur, puis le bras antérieur défléchis sont amenés successivement. Manœuvre de Mauriceau, rendue pénible par l'exiguïté du sacro sous-pubien. L'enfant, volumineux, naît, légèrement étonné ; il revient très vite.

Le placenta est rapidement expulsé mais les membranes encore adhérentes se déchirent. M. Pélissard va chercher les débris et pratique un lavage intra-utérin à l'aniodol. Un léger suintement sanguin persiste.

Suites de couches. — Le soir de l'accouchement, brusque élévation de température avec lochies fétides et utérus un peu gros. Tout rentre rapidement dans l'ordre, grâce aux lavages intra-utérins. Sous l'influence de la quinine et du viburnum, l'utérus évolue assez rapidement.

La malade et son enfant sortent, le 9 juillet, en bon état l'un et l'autre.

Observation VII

(Clinique Obstétricale, Alger, 1908)

III are. — Bassin uniformément et généralement rétréci à un faible degré : accouchement prématuré provoqué, évolution spontanée.

G... C. 25 ans, célibataire, entre à la Maternité de Mustapha le 24 septembre 1908. Son père est vivant et bien portant ; sa mère est morte, à 45 ans, de paralysie. Elle a une sœur vivante en bonne santé.

C. ne peut dire à quel âge elle a marché ; elle ne se souvient pas avoir dû interrompre sa marche normale. Réglée à 16 ans, sa menstruation a souvent été irrégulière.

Aucun antécédent pathologique connu.

Grosseses antérieures. — Elles sont au nombre de deux : la première, normale, conduisit à un accouchement au forceps et à l'extraction d'un enfant mort. Le deuxième accouchement, normal, celui-ci remonte au 6 septembre 1907.

Grossesse actuelle. — Elle a débuté pendant l'aménorrhée de l'allaitement. D'après le volume de l'utérus la grossesse en est arrivée vers le milieu du 8e mois environ. Il existe de la leucorrhée. Les urines n'ont jamais contenu de l'albumine.

Examen le 24 septembre. — La taille mesure 1 m. 44 et le tronc 0 m. 78. Le squelette ne présente aucune déformation. La peau, le cœur et les poumons sont normaux. Pas d'œdèmes, ni de varices. Les seins sont bien conformés. Le ventre est en obusier et l'utérus, fortement incliné à droite, a son fond dans l'hypocondre droit. La présentation est une tête non engagée.

Les diamètres du bassin ont les dimensions suivantes :

Baudelocque	17 cm. 5
Bis-épineux	21
Bi-crêtal	24,5
Bi-ischiatique	9,5

Le quadrilatère obstétrical a les dimensions suivantes :

Diagonale verticale : 12 cm. (5 + 7).
Diagonale horizontale : 9,5 (5 + 4,5).

Il s'agit donc d'un bassin légèrement asymétrique et uniformément et généralement rétréci à un faible degré.

Le 15 octobre, pas d'engagement. L'enfant est en O I D P. Pas d'albuminurie.

Le 25 octobre, on constate, à un nouvel examen, un très léger aplatissement de la fesse gauche, un allongement et une descente légère du pli fessier gauche, une légère courbure à concavité gauche du pli interfessier. Ces constatations confirment encore le diagnostic de bassin au moins légèrement asymétrique.

Le 26, le 27, le 28 octobre, on fait une toilette quotidienne et antiseptique sérieuse des voies génitales inférieures.

Accouchement. — Le 28 octobre, introduction d'une *sonde de Krause*, à 10 heures du matin, légère dilatation ; la sonde est expulsée dans l'après-midi. A ce moment, on introduit un petit *ballon de Tarnier* n° 1. L'enfant est en O I D A.

Celui-ci est expulsé, le 29 octobre, dans les premières heures de la journée. La dilatation est complète à 7 heures du matin (durée de la période de la dilatation : 19 heures). La poche des eaux est rompue précocement (même avant la dilatation complète) et, à 7 h. 30, l'enfant est expulsé en O P. La durée totale du travail a été de 20 heures.

La délivrance s'engage à 7 h. 50 et elle est expulsée spontanément à 8 heures. Il se produit ensuite une légère hémorragie (cachets de seigle ergoté, injections chaudes).

L'enfant du sexe féminin, pèse 2 kilogr. 870. Sa longueur totale est de 45 cm. Les diamètres de sa tête sont :

O M	12 cm.
O F	10,5
S O B	9 ,
S O F	9,5
Bi-P	9 ,
Bi-T	7,5
S M B	9,5

Suites de couches. — Allaité par sa mère, le nourrisson pèse 2 kil. 740 le quatrième jour ; il pèse 2 kil. 850 le dixième. Son état physique, bon à la naissance, s'est maintenu tel jusqu'au 8 novembre, jour de sa sortie.

La mère a fait deux accès de fièvre peu élevée dûs, probablement, à de la constipation. Chaque fois l'état est redevenu normal après un lavement. Elle a quitté le service en très bon état.

*
* *

Observation VIII

(Maternité d'Alger, 1906)

I are. — Bassin justo-minor aplati, accouchement prématuré provoqué à 7 mois 1/2, évolution spontanée.

A... R., 32 ans, célibataire, de nationalité française, entre dans le service de la Clinique Obstétricale, hôpital de Mustapha, le 11 mai 1906.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, bien portante, ayant eu quatre enfants (trois garçons et une fille). Les frères de R. sont de taille normale. Père mort d'entérite.

Antécédents physiologiques. — A marché à 18 mois environ, et a toujours bien marché jusqu'à l'âge de 3 ans. De cet âge à 9 ans, a eu des intermittences dans la marche : il y aurait eu des périodes de « paralysie ».

Antécédents pathologiques. — Rien à signaler comme maladie aiguë.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 25 au 30 octobre 1905 ; les mouvements du fœtus ont été perçus par la mère dans la deuxième quinzaine du mois d'avril. Le fond utérin est à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic : la femme est donc dans la première quinzaine du sixième mois de sa grossesse.

Examen général. — Le squelette présente des déformations diverses et notamment une cyphose dorsale avec scoliose droite. La peau de la région cervicale présente deux cicatrices d'adénites froides. Le cœur et les poumons sont normaux ; pas d'œdème ni de varices, pas d'albuminurie.

Examen obstétrical. — Les seins sont petits mais la glande est néanmoins bien développée. Le ventre est peu développé, l'utérus est globuleux, les parois de l'abdomen sont assez souples. Le fœtus, très mobile, est actuellement en présentation céphalique ; il n'y a pas d'engagement, le foyer d'auscultation est très variable.

La taille de R. est de 1 m. 28. Les diamètres du bassin sont les suivants :

Bis-épineux	22 cm. 1
Bi-cretal	24,5
Baudelocque	16
Bi-ischiatique	7,5
Promonto-pubien minimum	7,7

Diamètres obliques : le bassin est symétrique avec légère antéversion.

De l'épine il. ant. sup. droite à l'épine post. sup. gauche	20 cm.
De l'épine il. ant. sup. gauche à l'épine post. sup. droite	19,5
De la tubérosité ischiatique droite à l'épine post. sup. gauche	17,5
De la tubérosité ischiatique gauche à l'épine post. sup. droite	17,5
De l'apophyse épineuse de la 5e v. lomb. à l'ép. il. ant. sup. droite	18
De l'apophyse épineuse de la 5e v. lomb. a l'ép. il. ant. sup. gauche	18
Du grand trochanter droit à l'épine post. sup. gauche	20,5
Du grand trochanter gauche à l'épine post. sup. droite	20,5
Du sous-pubis à l'épine post. sup. droite	17
— — gauche	— 17

Après cet examen, la femme sort provisoirement du service le 2 juin.

Le 23 juin, la malade revient pour se faire examiner de nouveau : sa grossesse est arrivée au début du 7e mois. On décide d'intervenir par accouchement prématuré provoqué vers le 15 juillet.

Le 4 juillet, nouvelle entrée dans le service.

Les 13, 14 et 15 juillet, lavages vaginaux et ovule iodoformée.

Le 16 juillet, le fœtus est toujours en présentation céphalique et en O I G A. A 9 heures du matin, le Dr Pélissard, Chef de clinique, introduit dans l'utérus 15 cm. de *sonde de Krause* : L'orifice utérin est punctiforme, le col, incomplètement ramolli, oppose une certaine résistance. Les premières douleurs, très légères, paraissent à 3 heures et demie de l'après-midi et continuent toute la nuit.

17 *juillet.* — Le col est très ramolli, mais il n'y a pas d'effacement ; l'orifice est entr'ouvert. On retire la sonde de Krauze et M. Pélissard la remplace par un *ballon de Tarnier* que l'on gonfle à l'eau bouillie permanganatée. Aussitôt les douleurs apparaissent plus fortes que la veille.

A ce moment, la tête est au-dessus du détroit supérieur en O I G A. Les douleurs continuent toute la nuit ; le ballon se rompt et est expulsé à 8 heures du soir.

18 *juillet.* — Les douleurs sont rapprochées et intenses. Le col est complètement effacé et la dilatation commence. La poche

des eaux est intacte, la dilatation est de un franc. La tête est au détroit moyen en O I G A.

Les douleurs continuent de plus en plus énergiques. Le travail est régulier, la dilatation se fait assez régulièrement.

Finalement, on procède à la rupture artificielle de la poche des eaux et, à 1 h. 25 du soir, se fait spontanément l'expulsion d'un enfant chétif du sexe masculin et du poids de 1 kil. 230.

La délivrance se fait spontanément et rapidement et le placenta est expulsé avec une grande énergie. Son examen montre qu'il manque un cotylédon qui est resté dans l'utérus. A son niveau, on trouve de nombreux caillots.

Suites de couches. — L'enfant meurt dans la soirée. Les suites de couches ont été absolument régulières pour la mère. Elle quitte le service en excellent état le 28 juillet.

*
* *

Observation IX

(Maternité d'Alger, année 1906)

VII are. — Rétrécissement du bassin ; accouchement prématuré provoqué ; versions par manœuvres internes.

F. M..., 37 ans, entre à la Maternité d'Alger (Clinique obstétricale), le 17 mai 1906. Elle ne peut dire l'âge auquel elle a marché et ne se souvient pas avoir été obligée d'interrompre la marche. Réglée à 17 ans et mariée à 20 ans, elle a eu six grossesses normales suivies d'accouchements à terme par présentation du sommet. Tous les accouchements ont été faits au forceps, deux enfants sont morts pendant l'opération, un troisième est mort à 19 mois de méningite, les trois autres vivent et sont bien portants.

Aucun passé pathologique.

Les dernières règles remontent au 16-19 septembre 1905. Les mouvements actifs ont été perçus dans le cinquième mois de la grossesse. Actuellement, le fond de l'utérus atteint l'appendice xyphoïde : nous sommes donc dans le début du neuvième mois.

Pas d'albuminerie.

Le squelette est normal, les membres inférieurs présentent des varices assez volumineuses. Les seins sont normaux, les mamelons sont saillants et bien développés. L'enfant est en S I D A.

La pelvimétrie externe donne les résultats suivants :

Bi-crêtal	25 cm. 5
Bi-épineux	21,5 à 22
Bandelocque	17,5
Bi-épineux sup. ant. post. droit	15,2
Bi-épineux sup. ant. post. gauche	15,2
Ischio-épineux post. sup. droit	13,5
Ischio épineux post. sup. gauche	13,5
Lombo-épineux ant. sup. droit	16,4
Lombo-épineux ant. sup. gauche	16,2
Trochantero épineux post. sup. droit	17,5
Trochantero épineux post. sup. gauche	17,5
Sous-pubo épineux post. sup. droit	16
Sous-pubo épineux post. sup. gauche	16
Bitrochantérien	28,7
Bi-ischiatique rectifié	7,5
Pelvi-digital ; diamètre utile	9,5

Le quadrilatère obstétrical présente de l'aplatissement des angles latéraux : *pelviviciation en entonnoir.*

Le 20 mai, le fœtus se présente en sommet.

Le 26 mai 1906, à 10 heures du matin, on place une *sonde de Kraüse* qui reste en place 24 heures et provoque de petites douleurs et un commencement de travail. On la remplace, le 27 mai, à 9 h. ½ du matin, par un *ballon de Tarnier* : celui-ci ne tarde pas à faciliter le travail et la dilatation est complète à 4 h. ½ de l'après-midi.

A 6 heures du soir, M. Pélissard, Chef de clinique, examine la femme : la dilatation est complète, la poche des eaux, intacte, bombe fortement. Rupture artificielle de la poche des eaux ; malgré des douleurs répétées et énergiques, la tête ne progresse pas et reste toujours très élevée. On décide d'intervenir.

La malade, très agitée, est anesthésiée au chloroforme et on tente d'appliquer le forceps au détroit supérieur sur la tête en O I D P. Celle-ci étant très mobile, on doit renoncer à cette application. On pratique alors la *version* par manœuvres internes, suivie de grande extraction. Au moment de faire l'anse au cordon, celui-ci qui, grêle, passait entre les jambes, se rompt à 1 centimètre de son insertion fœtale. Après avoir posé deux pinces sur lui, on termine rapidement : le Mauriceau présente quelques difficultés. L'enfant naît en état d'asphyxie bleue ; il est ranimé au bout d'une heure de manœuvres (bains alternati-

vement chauds et froids, respiration artificielle et manœuvre de Schultze).

M. Pélissard pratique la délivrance artificielle : le placenta est inséré sur la face antérieure de l'utérus et sur la zône dangereuse de Barnes.

Les suites de couches ont été fébriles pour la mère, pendant deux jours (constipation et lochies fétides). La température est tombée, grâce aux lavements et aux injections intra-utérines au Tarnier.

L'enfant a succombé, le 27 mai, à 6 heures du matin.

*
* *

Observation X

(Clinique Obstétricale de Mustapha-Alger, 1906)

I are. — Bassin justo minor de type infantile ; accouchement prématuré. — (Sonde de Kraüse, ballon de Tarnier, quinine, terminaison artificielle).

L..., M., 31 ans, célibataire, entre dans le service le 29 novembre 1906.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, de grande taille. Père de taille moyenne, mort de fièvre (?). Un frère et deux sœurs vivants et de taille moyenne.

Antécédents physiologiques. — L... M. a marché à cinq ans et a toujours bien marché. Réglée à 13 ans, sa menstruation est régulière.

Pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles remontent au mois de juin. Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus fin septembre. Le père de l'enfant est de grande taille.

Examen à l'entrée. — Le squelette paraît normal et ne présente notamment pas de déviation de la colonne vertébrale, pas de chapelet costal, ni de saillie sternale. Il existe un enfoncement net de la racine nasale.

Le cœur et les poumons sont normaux ; pas d'œdème ni de varices. Les seins sont très développés et leur bout saillant. Le ventre est globuleux, ses parois sont souples.

L'enfant est en O I G P. La tête est très mobile.

La taille de la femme est de 1 m. 25. La distance du pubis à l'appendice xyphoïde est de 29 cm.

Le quadrilatère obstétrical est normal. Les épines sciatiques sont déjetées en haut et semblent continuer la concavité sacrée.

La pelvimétrie externe donne les résultats suivants :

Bis-épineux	21 cm.
Bi-crêtal	24 cm.
Baudelocque	15,5
Bi-ischiatique	6,5
De l'épine il. ant. sup. gauche à l'homonyme droite	19 cm.
De l'épine il. ant. sup. droite à l'homonyme gauche	19 cm.
De la tubérosité ischiatique droite à l'épine il. post. sup. gauche	15 cm.
De la tubérosité ischiatique gauche à l'épine il. post. droite	15 cm.
De l'apophyse épineux de la 5e l. à l'épine il. ant. sup. g.	18 cm.
— — dr.	17 cm.
Du grand trochanter droit à l'épine il. post. sup. gauche	18 cm.
Du grand trochanter gauche à l'épine il. post. sup. droite	18 cm.
Du sous-pubis à l'épine post. sup. droite	17 cm.
Du sous-pubis à l'épine il. post. sup. gauche	17 cm.
Diamètre sacro-sous-pubien	7,5

Il s'agit donc d'un bassin légèrement aplati et symétrique. Avec les diamètres du détroit inférieur, s'il y a engagement de la tête, il faut s'attendre à une application de forceps à la vulve. S'il n'y a pas d'engagement, on pratiquera la version par manœuvres internes.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 26 décembre, la tête est en O I G P. La céphalométrie, par la méthode de Tarnier, donne, après rectification, 6 cm. ; ce qui est inférieur à la réalité. On fixe l'intervention par accouchement prématuré provoqué, pour le lendemain.

Le 27 décembre, à 8 heures du matin, on introduit, dans le col utérin, une *sonde de Kraüse :* les douleurs apparaissent à 6 heures du soir et cessent, le 28, vers 6 heures et demie du matin.

Le 28, à 9 heures du matin, mise en place d'un *ballon de Tarnier :* les douleurs reprennent quelques instants après et durent toute la journée et toute la nuit.

Le 29, au matin, M. le Dr Pélissard, Chef de clinique, constate que l'effacement est presque complet. Il laisse le ballon en place et fait donner 0 gr. 75 de quinine en trois cachets, de trois en trois heures. Les contractions utérines persistent et, le soir, à 5 heures, on constate une dilatation à un franc environ ; le bal-

lon est au-dessus de l'ouverture du col. Le travail continue pendant la nuit.

Le 30, au matin, la dilatation est de cinq francs et le ballon est encastré dans l'orifice utérin : on le retire et on constate qu'il est parfaitement resté gonflé. Le travail continuant, on se borne à administrer de la quinine.

Le 31 décembre, on intervient. M. Pélissard *complète la dilatation*, par la méthode de Bonnaire et rompt la poche des eaux : une main se présente en avant de la tête encore très mobile, on place un lac sur elle. On va ensuite à la recherche d'un pied et on ramène le pied gauche. Puis, on amène le pied droit, sans aucune difficulté. Le dégagement des épaules se fait sans peine, mais la sortie de la tête est particulièrement difficile : c'est avec peine que l'interne du service achève la rotation et fait le Mauriceau. Pendant cette extraction, le périnée s'est déchiré incomplètement.

L'enfant est né en état de mort apparente ; il est facilement ranimé, à l'aide de bains chauds et froids et de la manœuvre de Schultze. Il pèse 1 kil. 965.

La délivrance se fait spontanément. On fait quelques points de suture sur le périnée.

Les suites de couches sont à peu près normales pour la mère. L'enfant est placé dans la couveuse dès sa naissance et il reçoit, le 3, le 7 et 10 janvier, 10 cent. cubes de sérum de Quinton sous la peau. Il meurt, le 10 janvier, pesant 1 kil. 545 ; la mère a mis manifestement de la mauvaise volonté à lui donner le sein.

La sortie de la parturiente s'est effectuée le 12 janvier 1907. Son état, à ce moment, était satisfaisant.

*
* *

Observation XI

(Clinique Obstétricale, Alger, 1908)

I pare. — Bassin en antéversion marquée, P. P. M = 9 cm. Accouchement prématuré provoqué qui se termine spontanément. (Sonde de Krauze, ballon de Tarnier et colpeurynter, ballon de Champetier de Ribes).

M... J., 35 ans, célibataire, domestique, entre dans le service le 25 avril 1908.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants. Ils ont eu cinq enfants (4 garçons et une fille), dont trois sont morts en bas âge, d'une affection indéterminée.

Antécédents physiologiques. — M..., J. a marché à 9 mois et la marche a toujours été régulière. Réglée à 16 ans, ses époques ont souvent été irrégulières.

Grossesse antérieure. — Une fausse-couche de deux mois, en avril 1907.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 18 au 23 août dernier et, à l'entrée dans le service, la grossesse est arrivée dans la première quinzaine du neuvième mois. Pendant le premier trimestre, il y a eu des nausées fréquentes et même quelques vomissements.

Examen du 26 avril. — La taille mesure 1 m. 48. Le squelette paraît normal, le cœur et les poumons sont sains ; pas d'œdème, pas de varices. Les seins sont bien développés et les mamelons sont saillants. L'abdomen est en forme de besace et ses parois sont souples. Le fœtus se présente par le sommet en O I G P.

L'examen du bassin montre qu'il est en anteversion : exagération de l'ensellure lombaire et de la concavité sacrée. La tête de l'enfant déborde le pubis.

Les mensurations donnent :

Baudelocque	19,5
Bis-épineux	22,1
Bi-crêtal	27
Bi-ischiatique	11,2

Le promontoire est facilement accessible et le P. P. M. = 9 cm.

Le triangle inférieur du quadrilatère obstétrical est affaissé (antéversion pelvienne).

Du 1er au 5 mai, on fait une désinfection soigneuse du vagin.

Accouchement. — Le 5 mai, on introduit une *sonde de Krauze* dans l'utérus, après désinfection du vagin. Le soir, à la contre-visite, il y a déjà eu quelques douleurs : l'interne du service introduit un *ballon de Tarnier* dans l'utérus et place un ballon de *Champetier de Ribes*, n° 2, dans le vagin. Les douleurs deviennent plus intenses et plus fréquentes.

Le 6 mai, au matin, l'effacement est complet et la dilatation commence à 9 heures et demie. Le fœtus est en O I G A. On introduit *dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes*, n° 2 ; il est expulsé à 8 heures du soir.

La dilatation est complète, le 7 mai, à 2 h. 20 du matin. Le fœtus est expulsé à 3 heures et la délivrance est expulsée à 3 h. 10.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2 kil. 400 et son état physique est satisfaisant. Le 6e jour, il pèse 2 kil. 250 et, à partir de ce

jour, il commence à augmenter. Le 9e jour, on constate la présence de muguet et l'ictère est assez marqué. Toute trace de muguet disparait, le 26 mai (19e jour), Au 10e jour, le nourrisson pèse 2 kil. 280 ; il atteint 2 kil. 400 le 16e jour. Au moment de sa sortie, il atteint 2 kil. 535 et son état est très satisfaisant.

Les suites de couches ont été marquées, pour la mère, par une poussée de lymphangite au sein, avec ascension fébrile à 38°5, le quatrième jour. Tout rentra rapidement dans l'ordre, grâce à une simple médication antiphlogistique. Les lochies et l'utérus n'ont jamais présenté de caractères anormaux.

*
* *

Observation XII

(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget
Clinique Obstétricale d'Alger, 1915)

I pare ; Bassin généralement rétréci limite ; accouchement prématuré provoqué au milieu de la 1re quinzaine du 9e mois (sonde de Kraüse, ballons de Champetier de Ribes), **expulsion spontanée, délivrance normale.**

P..., A., 24 ans, entre à la Maternité, le 27 mai 1915. Son père est disparu, sa mère est morte, paralysée. Ils ont eu sept enfants dont quatre sont décédés en bas âge. Les trois autres sont bien portants.

P..., A. a toujours bien marché. Réglée à 16 ans, ses règles ont toujours été régulières. Elle a été opérée d'appendicite, à l'âge de 20 ans. Mariée à 21 ans, elle n'a pas eu de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles ont eu lieu du 23 au 27 août 1914. Les mouvements actifs ont été perçus fin janvier. L'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. La grossesse est arrivée au milieu de la deuxième quinzaine du neuvième mois, d'après les règles, et au milieu de la première quinzaine, d'après le volume utérin. Léger excès de liquide amniotique.

Vomissements pendant les premiers mois. Jamais d'albumine.

Examen du 27 mai 1915. — La taille mesure 1 m. 54, le tronc 0 m. 79. Le squelette, les membres inférieurs notamment, sont bien conformés. Le quadrilatère obstétrical, symétrique, mesure :

Dans sa diagonale verticale : 4 + 6 = 10 cm.
Dans sa diagonale horizontale : 5 + 5 = 10 cm.

La mensuration du bassin donne :

D. de Baudelocque	18,5
D. Bis-épineux	24
D. Bi-crêtal	26
D. Bi-ischiatique	9,5
P. P. M.	9

Il s'agit donc d'un bassin en général rétréci limite.

L'enfant est en O I G P ; pas d'engagement.

28 *mai.* — L'utérus est cordiforme, avec développement de la corne droite. M. le Professeur Rouvier, après un nouvel examen, décide de provoquer l'accouchement prématuré sous peu.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 1er juin, introduction d'une *bougie de Krause*, dans la matinée. Quelques douleurs apparaissent à 14 heures. A 17 heures, on retire la sonde et on constate une dilatation de 50 centimes et on place un *ballon de Champetier de Ribes*, de 20 c. c., les contractions reprennent régulières.

Le premier ballon est expulsé à 19 heures. A 23 heures, la dilatation est de 2 francs ; on place un *deuxième ballon* de 40 centimètres cubes ; il est expulsé, le 2 juin 1915, à 7 h. 30. A ce moment, la dilatation est d'une paume de main, la poche des eaux se rompt.

Le 2 juin, à 8 h. 30, la tête est à la vulve et, à 9 h. 35, la femme accouche, *spontanément*, d'un enfant du sexe féminin, pesant 2.970 grammes.

Délivrance spontanée à 10 h. 30.

Les diamètres fœtaux sont les suivants :

O F : 11,2.	Sous O B : 8,5.
O M : 12.	Bi-P : 8,3.
Sous M B : 8,5.	Bi-T : 7,5.
Sous O F : 11.	

Les *suites de couches* ont été excellentes pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XIII

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 964, Sie. 2 ; 1913)
(Recueillie par Mlle Vandamber et M. Pouget)

I are. — Bassin généralement rètréci avec promontoire inaccessible (bassin limite) ; Accouchement prématuré provoqué à 8 mois (sonde de Kraüse, ballons de Champetier de Ribes), **évolution spontanée rapide, délivrance normale, enfant vivant.**

A. J..., 26 ans, entre à la Maternité le 3 avril 1913. Son père est mort asthmatique, sa mère est bien portante : ils ont eu onze enfants, dont un est décédé d'affection inconnue ; les dix autres sont bien portants.

A J..., a marché à dix mois ; elle a toujours bien marché. Réglée à 14 ans, sa menstruation a toujours été très régulière.

Comme antécédents pathologiques : paludisme à 21 ans.

Pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles remontent aux 26-29 juillet. Les mouvements actifs ont été perçus dans la première quinzaine de décembre. L'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. D'après ces renseignements, la grossesse est arrivée à la fin du huitième mois.

Pas d'accident de la grossesse, ni d'albuminurie.

Examen du 3 avril 1913. — La taille mesure 1 m. 44, le tronc 0 m. 77. Le squelette est en général bien conformé : il existe, cependant, une légère scoliose dont le sommet correspond à la 12e v. d. Le bassin est en légère dextroversion ; la région sacrée postérieure est aplatie, comme s'il y avait rétro-version pelvienne.

Le quadrilatère obstétrical mesure :

Diagonale verticale : 14 = 5,5 + 8,5.
Diagonale horizontale : 10 = 5 + 5.

Les diamètres externes du bassin mesurent :

Le Baudelocque	19
Le bis-épineux	21,5
Le bi-crêtal	25,5
Le bi-ischiatique	9,5

Le promontoire n'est pas accessible au toucher bidigital.

D'après ces données, il s'agit donc d'un bassin généralement rétréci limite et en légère rétro-dextro-version. Il est donc probable que l'accouchement à terme d'un enfant de poids moyen

sera dystocique, aussi y aura-t-il intérêt à provoquer, à un moment opportun, l'accouchement prématuré.

L'examen de l'abdomen montre que les vergetures et la ligne brune sont peu apparentes. La paroi du ventre est ferme. La circonférnce, au niveau de l'ombilic, mesure 0 m. 94. L'utérus remonte à 31 cm. au-dessus de la symphyse pubienne ; il présente des contractions indolores. L'enfant est en O I D P, la tête est très mobile. L'auscultation vérifie le diagnostic de position.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col est dans toute sa longueur, les orifices sont fermés. Le segment inférieur est en formation. Le doigt vaginal arrive sur une tête.

Les seins sont bien conformés ; les mamelons sont saillants, les aréoles pigmentées.

Au cours de la grossesse, les saignements de nez sont à peu près quotidiens.

Pas d'albuminurie.

Accouchement. — Le 7 mai, à 12 heures, on place une *sonde de Kraüse ;* elle est expulsée à 17 heures. M. Pouget place alors un *ballon de Champetier de Ribes, de petit calibre,* lequel est expulsé pendant la nuit.

Le 8 mai, à 8 heures, on met un *nouveau ballon* de 80 c.c. Dans la matinée, la femme ne paraît avoir que des douleurs peu intenses puisqu'elle ne se plaint pas ou que faiblement. A 11 heures, le ballon n'était pas expulsé et la parturiente paraissait calme.

A midi 20, un coup de sonnette prévient le personnel de garde. Dès leur arrivée, les élèves constatent que le ballon et le fœtus étaient expulsés : ce dernier présentait une circulaire lâche autour du cou. Cette expulsion s'est produite après quelques fortes douleurs.

Délivrance normale.

Déchirure périnéale incomplète qui nécessite 3 points de suture profonds et deux superficiels.

La durée totale du travail a été de 21 heures 40.

L'enfant, du sexe féminin, mesure 50 centimètres de longueur et pèse 3.090 grammes ; son état physique est bon. Les diamètres de sa tête mesurent :

Le O F : 11.	Le sous O B : 9.
Le O M : 12,5.	Le Bi P : 8,5.
Le sous M B : 9,5.	Le Bi T : 7,5.
Le sous O F : 10,5.	

Les *suites de couches* ont été très satisfaisantes pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XIV

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 792. S. 2, 1912)

I are. — Grossesse gémellaire, pyélonéplorite, bacillose pulmonaire. Accouchement provoqué au début du 9e mois (ballon de Champetier de Ribes) ; **évolution spontanée du travail.**

A. S..., célibataire, 21 ans, entre dans le service le 16 décembre 1912. Son père est mort tuberculeux pulmonaire et sa mère est morte des suites d'un avortement : ils ont eu neuf enfants dont sept sont morts d'affections diverses. La femme qui nous occupe n'a donc conservé qu'une sœur atteinte, elle-même, de cardiopathie.

A... ne peut dire à quel âge elle a commencé à marcher ; elle n'a jamais dû interrompre sa marche. Réglée à 14 ans, sa ménstruation a toujours été irrégulière. Née avant terme (7 mois).

Elle a eu la rougeole, en bas âge, ainsi que les oreillons. A l'âge de 15 ans, bronchite qui a laissé une toux persistante et qui s'accompagna, à plusieurs reprises, de crachements de sang.

Pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles ont eu lieu du 10 au 13 avril dernier. La grossesse semble arrivée, au 17 décembre, à la fin du septième mois.

Examen du 17 décembre. — La taille est de 1 m. 52, Le tronc mesure 0 m. 81. Le quadrilatère obstétrical a les dimensions suivantes :

Diagonale verticale : 10 = 5 + 5.
Diagonale horizontale : 14 = 6,5 + 7,5.

Les diamètres extérieurs du bassin mesurent :

Le Baudelocque	20
Le bis-épineux	23,5
Le bi-crêtal	27,5
Le bi-ischiatique	10

Le promontoire n'est pas accessible au toucher bidigital.

Le squelette ne présente aucune déformation. La marche est normale.

Le ventre est ovoïde et volumineux, les vergetures sont discrètes et la ligne brune peu prononcée. Les parois sont souples et l'utérus est le siège de contractions indolores.

La palpation de l'utérus montre deux fœtus, l'un en sommet (O I G P), l'autre en siège. Ni l'un ni l'autre n'est engagé. L'auscultation confirme le diagnostic : deux foyers incontestables.

Les seins sont bien conformés, leurs mamelons sont saillants,

Au toucher, le col est dans toute sa longueur ; ses orifices sont fermés.

Varices peu nombreuses et œdème léger aux membres inférieurs.

L'état général n'est pas brillant. Il y a de la toux, une expectoration abondante purulente, nummulaire et verdâtre. Amaigrissement notable. L'examen pulmonaire pratiqué antérieurement, à la salle Andral, a donné les résultats suivants :

A G_1, A G_2, A G_3 : état normal.

A D_1 : Submatité légère. V+ ; inspiration un peu rude, expiration prolongée.

A D_2, A D_3 : état normal.

P G_1, P G_2, P G_3 : état normal.

D P_1 : Submatité légère. V+ ; inspiration rude ; expiration légèrement perçue.

P D_2, P D_3 : état normal.

L'évolution et le traitement, salle Andral, ont été les suivants :

28 septembre. — Hémoptysie ; respiration granuleuse au sommet droit avec obscurité et atténuation du murmure vésiculaire.

9 novembre. — Nouvelle hémophtysie. On constate, comme lésions nouvelles en P G, de l'obscurité respiratoire avec rudesse inspiratoire et en P D^3 de l'obscurité par congestion légère : ventouses scarifiées en P D^3.

Le 12 novembre, l'état sthétoscopique est le suivant :

A D_1 : S =
V =
A D_2 : S =
Craquements secs.

A G_1 : S —
V +

P D_1 : S =
V =
R =
P D_2 : R =

P G_1 : S —
V +
Obscurité respiratoire.
Expiration +.
P G_2 : Sons crépitants.

Le 13 novembre, on constate la présence d'albumine dans les urines ; celles-ci sont troubles d'ailleurs. Il existe de la douleur spontanée dans la région lombaire droite et la palpation de cette région est douloureuse. L'examen cytologique des urines montre qu'il y a du pus dans les urines et que de nombreux globules blancs ne sont pas altérés. Il n'y a jamais eu d'hématurie constatée ; on pense plutôt à une pyélonéphrite gravidique qu'à une tuberculose rénale. L'examen bactériologique des urines, leur inoculation au cobaye n'ont pas été faits. Urotropine, 1,50 par jour ; cataplasmes sinapisés sur la région lombaire.

Le 22 novembre, les douleurs lombaires sont bilatérales et on constate l'existence d'hémorroïdes simples.

Le 27 novembre, l'examen thoracique donne les résultats suivants :

P D_1 : Douleur à la pression.
Submatité.
Vibrations non perçues.
Bruits respiratoires normaux.

P D_2 : S =
V non perçues.
R =

P D_3 : S =
V non perçues.
R =

P G_1 : Douleurs à la pression dans la fosse sus-épineuse.
Submatité ; V non perçues ; légère obscurité respiratoire.

P G_2 : Submatité.
V non perçues ;
légère obscurité respiratoire.

P G_3 : Submatité.
V non perçues.
R soufflante.

Le 28 novembre, vomissements bilieux. Le point appendiculaire est douloureux à la pression ; pas de défense musculaire, ni d'hyperesthésie cutanée.

L'analyse complète ds urines donne les résultats suivants :

Albumine	présence.
Glucose	néant.
Chlorures en NaCl	4 gr. 38 par litre.
Phosphates en $P^2 O^5$	0 gr. 581 —
Urée	9 gr. 09 —
Indican	traces.

Leucocytes en assez grand nombre.

Le 10 décembre, légère hémoptysie.

Du 10 au 20 décembre, la malade prend de l'helmitol. Le 16, on ajoute un peu de camphorate de pyramidon comme antithermique.

Le 20 décembre, l'examen pratiqué à la Maternité conduit à

la conclusion suivante (M. Pouget, interne du service) : bacillose pulmonaire en pleine évolution. On décide d'intervenir par accouchement prématuré provoqué au début du neuvième mois, c'est-à-dire vers le 20 janvier.

Accouchement. — Le 22 janvier, après plusieurs jours de préparation locale, on place, à 17 heures, une *sonde de Kraüse* dans le col utérin : elle est expulsée par les contractions utérines à 21 heures. On la remplace par un *ballon de Champetier de Ribes* qui est, à son tour, expulsé le 23 janvier, à 18 heures. Immédiatement, M. Pouget replace un *second ballon* de volume double, qui, à son tour, est expulsé à 22 heures.

Le toucher montre que, à ce moment, la dilatation est complète et le doigt arrive sur un sommet engagé en O I D P. Rupture artificielle de la poche des eaux : l'expulsion du premier fœtus se produit à 23 heures 50.

L'utérus reste volumineux, le toucher montre que le deuxième fœtus est en siège complet. Sa poche des eaux est intacte. Mlle la Maîtresse sage-femme l'ouvre artificiellement et l'élève de garde termine l'accouchement sous sa conduite : l'extraction, facile, se termine par un Mauriceau.

Il s'agissait donc d'une grossesse bivitelline.

La délivrance se fait normalement : le placenta pèse 600 gr.

Le premier né des enfants, du sexe masculin, pèse 1.740 gr. Son état physique est bon. Sa longueur totale mesure 41 cm. Ses diamètres céphaliques mesurent :

O F : 9,5.	Bi P : 7,7.
O M : 11.	Bi T : 6,8.
Sous M B : 8,5.	
Sous O F : 8,5.	
Sous O B : 8,5.	

Il est atteint de bec de lièvre.

Le deuxième enfant, du sexe masculin aussi, a un bon état physique. Il pèse 1.300 gr. et ses diamètres céphaliques mesurent :

O F : 9.	Bi P : 7,5.
O M : 10,5.	Bi T : 6,5.
Sous M B : 8,5.	
Sous O F : 8,5.	
Sous O B : 8,5.	

Il ne présente aucune malformation.

Suites de couches. — Le 25 janvier, la température de la mère s'élève à 38°6 ; le 26, elle monte jusqu'à 38°8. L'auscultation du

poumon fait percevoir une respiration rude au sommet gauche, une respiration très soufflante au sommet droit, avec matité et vibrations exagérées. A la base droite, foyer de respiration très soufflante avec pectoriloquie. Le 3 février, la température est revenue à la normale et la malade est évacuée à Bouillaud.

Des deux enfants, le plus petit pèse 1.230 gr., le sixième jour et l'autre 1.470 gr. le douzième jour. L'observation ne porte aucun renseignement sur le premier après le sixième jour, ni sur le deuxième, après le douxième jour.

*
* *

Observation XV

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1206, Série 2, année 1913)

Tuberculose (B) et grossesse. Accouchement prématuré provoqué au 8e mois (sonde de Krause, ballons de Champetier de Ribes, colpeurynter), **évolution spontanée du travail.**

K..., M., entre dans le service le 29 septembre 1913. Elle est âgée de 23 ans. Son père est décédé paralysé et sa mère est morte d'ascite tuberculeuse : ils ont neuf enfants dont cinq sont décédés (variole, pneumonie ou affection indéterminée). Les quatre autres sont vivants, trois sont bien portants, la malade a une bronchite.

K..., M., ne peut dire à quel âge elle a marché ; elle ne se souvient pas avoir dû interrompre sa marche. Réglée à 11 ans, sa menstruation a toujours été régulière. A l'âge de 22 ans, elle a eu une bronchite pour laquelle elle a été soignée, pendant sept mois, à la salle Andral.

Mariée à 19 ans, elle a eu deux grossesses antérieures normales, suivies d'accouchements eutociques à terme (sommets).

Grossesse actuelle. — Les dernières règles remontent au 25-30 janvier 1913. Les mouvements actifs sont apparus vers la fin juin. Le fond de l'utérus remonte à 5 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Il semble donc que la grossesse soit de sept mois et demi environ. Le début de la grossesse a été marqué par des vomissements.

Examen du 1er *octobre* 1913. — Le faciès est cyanosé, les membres inférieurs ne portent ni œdème ni varices. L'abdomen, de forme ovoïde porte de nombreuses vergetures et une ligne brune prononcée. Sa paroi est ferme et le fond utérin est à 29 cm. de la symphyse pubienne. L'enfant est en O I G A et il n'y a pas d'engagement.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col, dans toute sa longueur, admet, dans ses orifices, la pulpe du doigt. Le segment inférieur est en formation, le doigt vaginal arrive sur un sommet.

Le bassin, en général bien conformé, a les diamètres suivants :

Baudelocque	19,5
Bis-épineux	22
Bi-crêtal	26,5
Bi-ischiatique	10

La femme tousse et crache constamment (expectoration purulente, verdâtre ; crachats nummulaires). Elle a de la fièvre et d'abondantes sueurs nocturnes. Le pouls est petit, rapide (140) arythmique ; les bruits du cœur sont sourds.

L'examen des poumons donne les résultats suivants :

A G_1 sous-crépitants.	A D_1 S — — V = O
A G_2	Sous-crépitants et gargouillements.
	A D_2 id.
A G_3 R —	A D_3

P G_1 S — V — sous-crépitants.	P D_1 S — — V = O
P G_2 R soufflante.	Sous-crép., gargouillem.
	P D_2 id.
P G_3 R =	P D_3

Il faut conclure à une bacillose pulmonaire double avec vaste caverne au sommet droit. Etant donné l'état sub-terminal dans lequel se trouve la femme, on décide d'intervenir pour tirer le plus possible du produit qu'elle porte dans son sein.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 1er octobre, à 11 heures, et après désinfection soigneuse de la vulve et du vagin on introduit dans le col une *sonde de Kraüse*. A ce moment, le col est dans toute sa longueur, mais on peut introduire facilement dans ses orifices la pulpe du doigt. La présentation est une tête en O I G A non engagée.

A 13 heures, quelques contractions utérines se font sentir : elles apparaissent à intervalles réguliers, mais sont peu violentes.

A 15 heures, on retire la sonde et on constate, au toucher, que le col est ramolli et presque complètement effacé. La poche des eaux est intacte, il n'y a pas d'engagement. On introduit alors dans l'utérus un *ballon de Champetier de Ribes*.

A 16 heures, les contractions deviennent plus violentes.

A 18 heures, le ballon est retiré et remplacé par un autre plus grand, de la contenance de 180 c. c. A ce moment, la dilatation est comme 2 francs. Le travail marche régulièrement.

A 20 h. 30, la dilatation est de 5 francs. La poche des eaux bombe fortement. Le ballon retiré est remplacé par un *colpeurynter*. Ce dernier est expulsé à 20 h. 40. A ce moment, la dilatation est presque complète et l'engagement s'effectue.

A 20 h. 50, se produit la rupture spontanée de la poche des eaux, bientôt suivie de l'expulsion d'un fœtus du sexe masculin, du poids de 1.770 grammes.

La délivrance se fait normalement. On la fait suivre d'une injection intra-utérine au Tarnier. — Poids du placenta, 250 gr.

L'enfant, du sexe masculin, mesure 40 cm. de longueur. Les dimensions de sa tête mesurent :

Le O F : 10,5.	Le sous O B : 9.
Le O M : 11.	Le Bi P : 8,5.
Le sous M B : 9,5.	Le Bi P : 7,2.
Le sous O F : 10.	

Suites de couches. — La mère conserve une température oscillante et élevée, le pouls est de plus en plus mauvais (rapide et hypotendu). La cyanose et la dyspnée augmentent rapidement et le décès survient le septième jour. A l'autopsie, fonte complète du poumon droit et nombreuses cavernes dans toute la hauteur du poumon gauche. Rien aux organes génitaux.

L'observation ne porte aucun renseignement relatif à l'enfant : il y a tout lieu de croire qu'il est, lui aussi, décédé.

*
* *

Observation XVI

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1310, Série 2, année 1913)

V pare, VI geste, bassin limite. Accouchement prématuré provoqué au début de la 2e quinzaine du 9e mois (sonde de Krause, ballons de Champetier de Ribes, colpeurynter), **dilatation à la Bomaire, version podalique par manœuvres internes, échec du Mauriceau, forceps sur la tête dernière.**

E... M., 31 ans, mariée, arrive dans le service de la Clinique obstétricale le 18 décembre 1913. Son père est décédé de paralysie et sa mère est décédée d'une affection indéterminée : ils ont eu quatre enfants qui sont tous vivants et bien portants, à

l'heure actuelle. Elle a commencé à marcher à un an et a toujours bien marché ; réglée à 15 ans, sa menstruation est irrégulière.

Pas d'antécédents pathologiques.

Grossesses antérieures. — Quatre grossesses antérieures : la première qui a évolué jusqu'à terme, s'est terminée par un accouchement dystocique avec forceps, dans le service ; la 2e et la 3e se sont terminées, dans le service aussi, par un accouchement prématuré (8 mois) ; la quatrième a évolué jusqu'à terme et s'est terminée par un accouchement long et laborieux, mais spontané. Une fausse-couche entre la 4e grossesse et la grossesse actuelle (avortement de 3 mois).

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 5 au 9 avril 1913 et elles ont été moins abondantes que les précédentes. Les premiers mouvements actifs ont été perçus vers le milieu de septembre et l'utérus remonte à 6 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. D'après ces données, la grossesse est arrivée au début du neuvième mois.

Les trois premiers mois ont été marqués par des vomissements, puis la grossesse a évolué normalement.

Examen du 18 décembre 1913. — La taille mesure 1 m. 53 et le tronc 0 m. 83. Le squelette paraît normal dans son ensemble.

Le quadrilatère obstétrical symétrique a les dimensions suivantes :

Diagonale verticale : 4,5 + 6-5 = 11.
Diagonale horizontale : 5,5 + 5,5 = 11.

Les diamètres externes du bassin mesurent :

Le Baudelocque	19,5
Le Bis-épineux	21
Le Bi-crêtal	24,5
Le Bi-ischiatique	9,5

Il s'agit donc d'un bassin limite où un gros enfant éprouvera des difficultés peut-être sérieuses à passer (bassin généralement rétréci).

Le ventre est en obusier et porte de nombreuses vergetures et une ligne brune peu prononcée ; sa paroi est relâchée. L'utérus remonte à 32 cm. au-dessus de la symphyse pubienne et il est le siège de contractions indolores. L'enfant, en O I D P, paraît assez volumineux.

La vulve présente une cicatrice de déchirure ancienne ; le col, dans toute sa longueur, est ramolli, ses orifices sont perméables.

Le segment inférieur est formé et le doigt vaginal arrive sur un sommet.

Les seins sont bien conformés. Les membres inférieurs présentent quelques varices. Le faciès est pâle.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 19 décembre, l'enfant est toujours en O I D P.

Le 20 décembre, diarrhée qui cède très facilement à la thérapeutique ordinaire.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 7 janvier 1914, à 11 h. 30, on place une *bougie de Kraüse*. A 15 heures, les contractions utérines apparaissent, mais elles sont rares et de courte durée. A 21 heures, la sonde est expulsée : le toucher montre un col largement perméable, ramolli, mais encore dans toute sa longueur ; pas d'engagement.

Le 8 janvier, à 11 heures, on introduit, dans le col, un ballon de *Champetier de Ribes* de 40 c. c. : les contractions sont plus accusées dans la suite. A 14 heures, ce ballon est expulsé : le toucher montre un col dans toute sa longueur et en voie de ramollissement ; la dilatation est de un franc.

A 15 heures, on place un *nouveau ballon* de 100 c. c. Il est expulsé à 22 heures, après de vives contractions. Celles-ci restent satisfaisantes jusqu'à 23 heures, mais, à partir de ce moment, elles diminuent d'intensité. Un nouveau toucher montre que le col est complètement ramolli, épais, mais dilatable ; la dilatation est de 5 francs.

La poche des eaux étant intacte, M. le Dr Dana, Chef de clinique, conseille de mettre un *ballon dans le vagin*. Celui-ci est retiré à 8 heures, le 9 janvier. A ce moment, le col est toujours épais et la dilatation n'a pas progressé. La poche des eaux est toujours intacte.

A 8 heures et demie, M. le Professeur décide d'intervenir. On complète la dilatation par la *méthode bi-manuelle de Bonnaire* et on rompt la poche des eaux (liquide amniotique abondant). Puis, on pratique la *version* podalique par manœuvres internes. Celle-ci est assez pénible et la manœuvre de Mauriceau ne peut être exécutée. M. le Professeur fait alors une application de forceps sur la tête dernière, application qui est très laborieuse, en raison de la rétraction de l'anneau de Bandl. Le fœtus, du poids de 3.400 gr., est extrait en état d'asphyxie bleue et est assez facilement ranimé (respiration artificielle, bains chauds et froids).

On pratique, sans attendre, la délivrance artificielle : le placenta pèse 520 gr.

A noter l'existence d'une déchirure du col siégeant à gauche et une déchirure du périnée intéressant le sphincter externe. Suture du périnée.

La durée totale du travail a été de 47 heures.

L'enfant, du sexe féminin, mesure 51 cm. de long. Les diamètres sont les suivants :

O F : 11.	Sous O B : 10,5.
O M : 13.	Bi P : 9,5.
Sous M B : 10.	Bi T : 8,5.
Sous O F : 10,5.	

Les suites de couches ont été normales pour la mère et pour l'enfant. Celui-ci pesait 3.050 gr. le quatrième jour ; il pèse 3.300 le dixième et 3.750 gr. le seizième. Il bénéficie d'un allaitement maternel.

*
* *

Observation XVII

(Clinique Obst. d'Alger. N° 0712, s. 2 et n° 1939, s. 2, année 1915)

(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

Bassin généralement rétréci avec antéversion. Deux accouchements prématurés provoqués à deux années d'intervalle avec évolution totalement spontanée dans les deux cas. (Début du 9e mois).

M..., Claudine, 23 ans, entre une première fois à la Clinique obstétricale, le 24 juin 1913. Son père est mort d'affection indéterminée. Sa mère, bien portante, a eu quatre enfants dont l'un est décédé en bas âge de pneumonie ; les trois autres sont actuellement bien portants.

M..., C., a marché à 2 ans et elle a toujours bien marché. Réglée à 11 ans, elle a toujours eu des règles très régulières. Pas d'antécédents pathologiques, pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles ont eu lieu du 10 au 12 octobre 1912. Les mouvements actifs ont été perçus fin février. L'utérus remonte à 5 travers de doigts au-dessus de l'utérus. D'après ces données, la grossesse semble arrivée au début du 9e mois. Aucun accident pathologique pendant toute la grossesse (du moins, jusqu'à ce jour).

Examen du 24 juin 1913. — La taille mesure 1 m. 57 et le tronc 0 m. 70. Le quadrilatère obstétrical symétrique mesure :

Dans sa diagonale verticale : 5 + 5 = 10 cm.
Dans sa diagonale horizontale : 4,75 + 4,75 = 9 cm. 5.

L'ensellure lombaire est assez prononcée.

La pelvimétrie externe donne les résultats suivants :

Baudelocque	18 cm.
Bi-épineux	20,5
Bi-crêtal	22,5
Bi-ischiatique	9,5

D'après les renseignements précédents, nous avons affaire à un bassin généralement rétréci avec légère antéversion. Le promontoire est difficilement accessible au toucher bi-digital. Après discussion du problème, M. le Professeur Rouvier estime qu'il serait prudent de provoquer l'accouchement vers le 10 juillet

La paroi abdominale est souple et présente des vergetures nombreuses et une ligne brune peu prononcée. Le fond de l'utérus remonte à 31 cm. au-dessus de la symphyse pubienne et l'enfant est en O I G P, tête non engagée.

Les seins sont bien conformés.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col, dans toute sa longueur, est légèrement ramolli ; ses orifices sont fermées. Le segment inférieur est en formation.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 18 juillet à 10 heures on introduit dans le col, complètement fermé, une *bougie de Krause*. Il n'y a pas d'engagement.

Vers 14 heures, quelques contractions utérines apparaissent ; à 16 heures, elles sont assez vives.

A 19 heures, on retire la sonde ; le col est ramolli, en voie d'effacement et dilaté comme 2 francs. On introduit alors un *ballon de Champetier de Ribes* de 20 c. c.

A 22 heures, les douleurs sont très vives et elles continuent ainsi toute la nuit. Néanmoins, à 23 heures et le 19 à 1 heure, on donne un cachet *d'extrait d'hypophyse*. Il semble que cette médication a tout au moins aidé les contractions à rester bonnes.

Le 19, à 9 heures, on trouve le ballon dans le vagin et on le retire : le col est complètement effacé et la dilatation est d'une petite paume de main. L'engagement s'est effectué. On place un colpeurynter.

Ce dernier est expulsé à 10 heures. A ce moment, la dilatation est complète et la rupture de la poche des eaux s'effectue spontanément.

A 11 heures se produit l'expulsion d'un enfant du sexe féminin pesant 2.550 grammes et dont les diamètres céphaliques sont de :

O F : 10,5.	Sous O B : 8,5.
O M : 12.	Bi P : 8,5.
Sous M B : 10,5.	Bi T : 7.
Sous O F : 11.	

La délivrance se fait normalement à 11 h. 20. Le placenta pèse 400 gr.

En résumé, la période de dilatation a duré 15 heures et le travail total a duré 17 heures.

Les *suites de couches* ont été normales pour la mère et pour l'enfant.

La même femme entre une deuxième fois à la salle Dubois, le 24 mars 1915. Les dernières règles ont eu lieu du 28 juin au 3 juillet 1914 ; les mouvements actifs ont été perçus dans la première quinzaine du mois d'octobre et le fond de l'utérus remonte à 5 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. D'après les règles, la grossesse serait arrivée vers la fin de la première quinzaine du neuvième mois .

L'enfant est en O I D P et il n'y a pas d'engagement. Le losange obstétrical n'a pas changé. Le P P M mesure 9 cm. Les mêmes indications que pendant le premier séjour existant, on interrompra la grossesse vers le 25 ou le 28 mars.

2e *accouchement prématuré provoqué.* — Le 28 mars, à 17 h. 30, on introduit entre le col et la présentation un *ballon de Champetier de Ribes* de 20 c. c. Une heure après, les contractions utérines apparaissent, elles sont suivies et régulières.

Le 29, à 4 h. 20, on trouve le ballon dans le vagin et on le retire. Le col est effacé et la dilatation est de 2 francs ; la poche des eaux est intacte ; il n'y a pas encore engagement. La femme est mise dans la position de Walcher-Crouzat.

A 6 h. 30, l'engagement s'est effectué, la dilatation est complète. La poche des eaux se rompt spontanément.

A 7 h., expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin, du poids de 2.680 grammes et dont les diamètres céphaliques sont :

O F : 11.	Sous O B : 9.
O M : 11,5.	Bi P : 8,3.
Sous M B : 9,5.	Bi T : 7,5.
Sous O F : 10,3.	

La délivrance spontanée se fait à 7 h. 30. Le placenta pèse 490 grammes.

En résumé, la période de dilatation a duré 11 heures et le travail total a duré 13 h. 30.

Les *suites de couches* ont été parfaites pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XVIII

(Clinique Obstétricale d'Alger, n° 934, série 2, 1913)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

I are. - Bassin généralement rétréci (type infantile) ; **accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2** (sonde de Kraüse, ballon de Champetier de Ribes, extrait d'hypophyse), **évolution spontanée du travail.**

M..., 20 ans, entre à la Maternité, le 14 mars 1913. Son père et sa mère sont vivants et bien portants : ils ont six enfants actuellement vivants et bien portants. Elle a marché de très bonne heure, puis elle s'est arrêtée de marcher ; elle n'a repris la marche que vers l'âge de 3 ans. Réglée à 12 ans, sa menstruation a toujours été très régulière.

M., M..., a eu la rougeole en bas âge. Elle a contracté le paludisme à 18 ans. Mariée à 19 ans, elle n'a pas eu de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles remontent aux 18-22 juin. Les mouvements actifs ont été perçus dans la première quinzaine de novembre. L'utérus remonte à 7 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. D'après ces renseignements, la grossesse est arrivée environ au milieu du neuvième mois.

Jamais d'albumine, mais vomissements depuis le début de la grossesse.

Examen du 14 mars 1913. — L'abdomen ovoïde de volume moyen, porte quelques vergetures et ne présente aucune particularité. La paroi abdominale est ferme ; l'utérus remonte à 37 cm. au-dessus de la symphyse pubienne et il est le siège de contractions indolores. L'enfant est en O I G A ; il n'y a pas d'engagement. L'auscultation vérifie le diagnostic de la position.

Pas d'œdème ni de varices. Les seins sont bien conformés ; leurs mamelons sont peu saillants.

La taille mesure 1 m. 48, le tronc 80 cm. Le squelette présente un reste de nouures costales et un peu d'incurvation des tibias.

Le quadrilatère obstétrical a les dimensions suivantes :

Diagonale verticale : 13 = 5 + 8.
Diagonale horizontale : 11 = 5,5 +5,5.

Les diamètres externes du bassin mesurent :

Le Baudelocque	18,5
Le bis-épineux	19
Le bi-crêtal	24,5
Le bi-ischiatique	9

Il s'agit donc d'un bassin généralement rétréci de type infantile. Pour cette raison, on décide de provoquer l'accouchement prématuré, vers le milieu du neuvième mois.

Accouchement. — Le 16 mars, à 9 heures, M. Pouget, interne du service, introduit, dans l'orifice du col, une *sonde de Krause.* Les premières douleurs se font sentir vers les 13 heures et, à ce moment, la sonde est expulsée. La dilatation permet le passage de la pince porte-ballons. On introduit dans l'utérus un *ballon de Champetier de Ribes* de 20 c. c. Ce premier ballon est remplacé, à 18 h. 30, par *un ballon* de 80 c. c. Les douleurs, continuelles pendant toute la journée, continuent très bonnes. Le ballon est expulsé vers minuit : le 17 mars, à 3 heures, la dilatation est complète (durée de la période de dilatation, 13 heures) et la poche des eaux se rompt. On donne à la femme deux cachets *d'extrait d'hypophyse* pour favoriser l'expulsion : à 5 h. se produit l'accouchement d'un garçon du poids de 2.900 gr.

La délivrance se fait normalement.

La tête de l'enfant présente les diamètres suivants :

O F : 12.	Sous O B : 9,2.
O M : 13.	Bi P : 9,2.
Sous O F : 9,6.	Bi T : 8.

Les *suites de couches* ont été normales pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XIX

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1423, série 2, année 1914)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

II are. — Accouchement antérieur spontané à 7 mois. Bassin rétréci type limite (P. P. M. = 9 cm). Accouchement prématuré provoqué (sonde de Kraüze, ballons de Champetier de Ribes, hypophysine), **évolution spontanée du travail.**

V..., A., 21 ans, entre à la salle Dubois le 18 mars 1914. Son père et sa mère sont vivants et bien portants : ils ont eu dix enfants dont trois sont décédés en bas âge.

V..., A..., a marché à 12 mois et elle a toujours marché correctement. Réglée à 12 ans et demi, sa mentruation a toujours été très régulière. Elle a eu une grossesse antérieure, terminée à 7 mois par l'expulsion spontanée d'un mort-né.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont du 5 au 10 juillet ; les mouvements actifs ont éte perçus au milieu de novembre 1913. La grossesse semble arrivée dans la deuxième quinzaine du huitième mois, d'après le volume utérin.

Examen du 18 mars 1914. — La taille mesure 1 m. 49, le tronc 0 m. 81. Le squelette est normal dans son ensemble, les membres inférieurs sont bien conformés.

Le quadrilatère obstétrical est symétrique et il mesure :

Dans sa diagonale verticale : 4 + 8 = 12 cm.
Dans sa diagonale horizontale : 5 + 5 = 10 cm.

La pelvimétrie externe donne les résultats suivants :

Diamètre de Baudelocque.....	18 cm.
Diamètre bis-épineux.....	20,5
Diamètre bi-ischiatique.....	9,5

Le promontoire est accessible au toucher bidigital et le P P M mesure 9 cm. D'après ces renseignements donnés par la pelvimétrie, il s'agit d'un bassin rétréci, type limite. Il y aura donc lieu de se demander si l'accouchement spontané à terme pourra avoir lieu.

L'abdomen présente quelques vergetures et une ligne brune très prononcée. La paroi est ferme ; le fond utérin remonte à 26 cm. au-dessus de la symphyse pubienne. L'enfant se présente au détroit supérieur par son extrémité céphalique et sa tête est haute et très mobile.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col, dans toute sa longueur, a des orifices fermés. Le segment inférieur est en formation.

Les seins sont bien conformés. Pas de varices ni d'œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine dans les urines. L'état général est bon.

25 *avril.* — Pas d'albuminurie. Après un nouvel examen du bassin et du fœtus, on décide de provoquer l'accouchement deux jours après.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 27 avril, à 10 h., on introduit, dans le col, une *sonde de Kraüse :* elle est expulsée à 10 h. 50. On place un *premier ballon de Champetier de Ribes* de 30 c.c., dans le col, à 11 h. 30 : les premières contractions douloureuses se produisent à 13 heures.

A 18 heures, le ballon passe dans le vagin. A ce moment, l'effacement est presque complet et la dilatation est de 2 francs environ.

A 18 h. 30, on place un *ballon de* 120 *c.c.* dans le col. Les contractions diminuent plutôt d'intensité.

A 21 heures, la tension radiale au Pachon est de 15-7. On fait 1 c.c. *d'hypophysine* en injection sous-cutanée. La tension s'élève à 18-9.

A 22 h. 20, le deuxième ballon est expulsé ; la dilatation est de 5 francs. On remplace le ballon par un autre plus grand. Les bruits du cœur fœtal sont bons : 120 pulsations à la minute.

Le 28 avril, à 4 h. 30, se produit l'expulsion du troisième ballon. La poche des eaux paraît à la vulve et se rompt : le liquide amniotique est très abondant. On constate que la dilatation est complète et qu'il y a procidence du bras droit. Pas d'engagement.

On réduit la procédure du bras et on met la femme dans la *position de Walcher-Crouzat ;* la tête s'engage en asynclitisme antérieur (O I D P). Les contractions utérines diminuant d'intensité, on fait une *deuxième injection d'hypophysine,* qui produit une action presque immédiate. On place la femme dans la *position de Jouges-Devraigne* et l'expulsion se produit à 5 h. 30.

Délivrance spontanée normale. Poids du placenta : 440 gr.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 1.890 gr. Les diamètres céphaliques mesurent :

O F : 10,5.
O M : 11,5.
Sous M B : 9,6.
Sous O F : 10.
Sous O B : 9,5.
Bi P : 8,5.
Bi T : 7,5.

La durée de la période de dilatation a été de 14 h. 30 ; la durée totale du travail a été de 16 h. 30.

Les *suites de couches* ont été normales pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XX

(Clinique Obstétricale d'Alger, n° 1031, série 2, 1913)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

I are. — Bassin légèrement aplati. Accouchement prématuré provoque à 8 mois (sonde de Krause, ballons de Champetier de Ribes), **inertie utérine** (extrait d'hypophyse), **dilatation à la Bonnaire, forceps dans l'excavation, délivrance artificielle.**

S..., Lucie, 24 ans, entre à la Maternité le 27 mai 1913.

Antécédents héréditaires. — Père mort, bacillaire, à 29 ans ; mère âgée de 42 ans, qui souffre d'une affection cardiaque : ils ont eu cinq enfants dont quatre sont en vie et bien portants. Le cinquième est décédé, à l'âge de 8 mois et demi, d'une méningite.

Antécédents physiologiques. — S..., L., a marché à 3 ans et elle a toujours bien marché. Réglée a 12 ans, sa menstruation a été, de tout temps, irrégulière.

Antécédents pathologiques. — Par suite d'une alimentation défectueuse, S., L., a souffert, de 7 à 26 mois, d'une grande faiblesse générale.

Elle a eu une fluxion de poitrine à 9 ans et des bronchites assez fréquentes.

Mariée à 23 ans, elle n'a pas eu de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles ont eu lieu du 27 août au 2 septembre 1913 ; les mouvements actifs ont apparu dans la première quinzaine de février. L'utérus remonte à 8 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. D'après ces renseignements, la grossesse est donc arrivée dans la première quinzaine du neuvième mois ; elle a évolué, jusqu'à ce jour, sans aucun accident.

Examen du 27 mai 1913. — La taille mesure 1 m. 48, le tronc 80 cm. Le squelette paraît normal dans son ensemble.

Les dimensions du quadrilatère obstétrical sont les suivantes :

Diagonale verticale : 7+ 8 = 15.
Diagonale horizontale : 5 + 5 = 10.

Les diamètres externes du bassin mesurent :

Le Baudelocque	20
Le bis-épineux	26
Le bi-crêtal	27,5
Le bi-ischiatique	10,5

Le promontoire est difficilement accessible au toucher bidigital. Néanmoins, le bassin est, en général, légèrement aplati.

L'abdomen, de forme ovoïde, présente de nombreuses vergetures et une ligne brune peu prononcée. Sa paroi est relâchée et sa circonférence, au niveau de l'ombilic, mesure 110 cm. (adiposité considérable). L'utérus présente des contractures indolores et il remonte à 39 cm. au-dessus de la symphyse pubienne. L'enfant est en O I D P, la tête est très mobile au détroit supérieur. L'auscultation confirme la position ci-dessus.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col, en arrière et à gauche, est dans toute sa longueur et ramolli ; ses orifices sont légèrement perméables. Au toucher, le doigt vaginal arrive sur une tête (sommet).

Les seins sont bien conformés. Pas de varices, mais léger œdème des membres inférieurs ; pas d'albuminurie.

Accouchement prématuré provoqué. — Vers le 25, on décide de provoquer l'accouchement avant terme, et, en vue de cette intervention, on commence la désinfection des voies génitales inférieures et des organes génitaux externes. Le fœtus paraît volumineux et le promontoire accessible.

Le 29 mai, à 11 heures, on introduit, dans le col, une *sonde de Krause* (avant tout début de travail) et on donne, par la bouche, *trois cachets d'extrait d'hypophyse*, à 30 minutes d'intervalle. A 12 heures, apparaissent quelques contractions douloureuses. La sonde est expulsée à 18 heures : le col, non effacé, est cependant perméable. On introduit alors dans ce col un *ballon de Champetier de Ribes*, de 60 c.c. environ. Les douleurs continuent, dans la nuit le ballon éclate et, le lendemain matin, on le retrouve dans le vagin.

Le 30 mai, à 8 heures, le toucher montre un col non complètement effacé et la dilatation est à 2 francs. La poche des eaux est intacte et bombe, la tête est toujours mobile au détroit supérieur.

A 15 heures, la poche des eaux se rompt, la tête s'engage, mais le travail n'avance pas. On temporise encore un peu.

A 20 heures, la femme est épuisée, les bruits du cœur sont ralentis : on décide d'intervenir par un forceps. Sous anesthésie

au chloroforme, on complète la dilatation par la *méthode de Bonnaire ;* la tête est en O I G A. On fait alors, avec le forceps, une prise fronto-mastoïdienne et on extrait assez rapidement et assez facilement un enfant vivant, pesant 3.350 gr. Le périnée est intact.

On pratique immédiatement la délivrance artificielle : le placenta pèse 820 gr. On termine par une injection intra-utérine au Tarnier et par une injection sous-cutanée d'ergotine de sûreté.

L'enfant mesure 50 cm. de longueur, il est né étonné, mais a pu être ranimé très facilement. Les diamètres de sa tête mesurent :

Le O F : 11.	Le sous M B : 9.
Le O M : 13.	Le Bi P : 8,5.
Le sous O F : 10,5.	Le Bi T : 7,5.
Le sous O B : 9.	

Le cordon faisait, autour du cou, un circulaire serré qui a nécessité sa section entre deux pinces.

Suites de couches. — La mère a fait une élévation de température, pendant les 3e et 4e jours, par infections de quelques petites éraillures vulvaires. Des pansements à l'eau oxygénée et l'usage d'ovules ichtyolées ont vite ramené un état normal.

L'enfant pèse 3.050, le 4e jour (minimum) ; 3.450, le 10e et 3 500 le 11e jour, où il sort avec sa mère. Il est nourri au sein.

*
* *

Observation XXI

(Clinique Obstétricale d'Alger, n° 927, s. 2, 1913)

I pare. — Bassin limite (généralement rétréci), **accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1 2 à l'aide des ballons de Champetier de Ribes ; dilatation à la Bonnaire, version par manœuvres internes, échec du Mauriceau, forceps sur la tête dernière, enfant né en mort apparente ranimé Délivrance artificielle, hémorragie.**

M.-V., P..., 24 ans, entre dans le service le 10 mars 1913.

Sa mère est morte tuberculeuse ; son père est vivant et bien portant : ils ont eu sept enfants dont trois sont morts en bas âge ; les quatre autres sont bien portants.

P... ne peut dire à quel âge elle a marché ; elle ne se souvient pas avoir dû interrompre sa marche. Réglée à 15 ans, sa mens-

truation a toujours été très irrégulière. Mariée à 22 ans, elle n'a pas eu de grossesse antérieure.

Bronchite, il y a six ans.

Grossesse. — Les dernières règles remontent au 12-17 juin. L'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic : la grossesse semble donc arrivée à la fin de la première quinzaine du neuvième mois.

Examen du 10 mars. — Le ventre est ovoïde, de volume moyen et présente de nombreuses vergetures et une ligne brune prononcée. L'utérus remonte à 31 cm. au-dessus de la symphyse pubienne et la circonférence, à la hauteur de l'ombilic, mesure 86 cm. L'enfant est en O I G A, la tête est mobile au détroit supérieur. L'auscultation confirme le diagnostic de la position. La vulve et le vagin sont normaux. Le col, dirigé à gauche et en arrière, est dans toute sa longueur ; ses orifices admettent la pulpe du doigt. Le segment inférieur est formé et les doigts qui pratiquent le toucher vaginal arrivent sur une tête.

Les seins sont bien conformés, leurs mamelons sont saillants.

Pas d'œdème ni de varices aux membres inférieurs. Le cœur est normal. L'examen thoracique fait constater de la submatité au sommet droit, avec vibrations exagérées et diminution du murmure vésiculaire.

La taille mesure 1 m. 53, le tronc 0 m. 80. Le squelette est apparemment normal. Les diagonales du quadrilatère obstétrical mesurent :

Diagonale verticale : 13 = 4,5 + 8,5.
Diagonale horizontale : 10 = 5 + 5.

Les diamètres externes du bassin mesurent :

Baudelocque	19
Bis-épineux	20
Bi-crêtal	25
Bi-ischiatique	9,5

Il s'agit donc d'un bassin généralement rétréci (bassin limite).

Le 12 mars, on décide de ne pas laisser arriver la grossesse à terme et on commence à pratiquer la désinfection vulvo-vaginale, en vue d'un accouchement prématuré provoqué.

Accouchement. — Le 13 mars, à 8 h. 30 du matin, on introduit dans l'orifice utérin une *sonde de Kraüse :* quelques douleurs dans l'après-midi. A 17 heures, on remplace la bougie par un *ballon de Champetier de Ribes* de 20 c. c. qu'on introduit entre le col et la présentation.

Le 14 mars, à 8 heures, la dilatation est de 2 francs : on place dans le col un *ballon plus volumineux*. Les contractions utérines restent assez espacées : on donne *deux cachets d'extrait d'hypophyse* à une heure d'intervalle, les contractions paraissent plus fortes, mais le travail n'avance guère.

A 14 heures, des *tractions légères sur le ballon* amènent son passage dans le vagin et son expulsion. Le toucher montre alors un col presque complètement effacé, dilaté comme 5 francs seulement, mais aminci et dilatable.

Les bruits du cœur fœtal sont bons, la femme n'est pas trop fatiguée. On introduit un *troisième ballon de Champetier de Ribes* et on attend. Vers la fin de la journée, l'utérus, paresseux, ne se contracte plus : il n'y a plus de bonnes douleurs, malgré un cachet de 0 gr. 50 de quinine

La femme est épuisée, les bruits du cœur fœtal se précipitent et, à 18 heures, on se décide à intervenir. Mlle la Maîtresse sage-femme et M. Pouget, interne du service, après avoir retiré le ballon, complètent la dilatation du col par la *manœuvre de Bonnaire*, sous anesthésie au chloroforme.

Après une dilatation assez pénible, qui dure vingt minutes, on se rend facilement compte que la tête, qui paraît petite, peut être refoulée très aisément dans la cavité utérine, quoiqu'étant descendue à deux doigts au-dessus du plancher périnéal. La poche des eaux est intacte ; on sent la fontanelle antérieure en O I D A. On se décide à refouler la tête et à faire une *version*.

La position est une O I G P ; M. Pouget se place à gauche de la femme, introduit sa main gauche dans l'utérus, rompt la poche des eaux en refoulant la tête et va à la recherche du pied droit. Celui-ci est amené à la vulve ; quelques tractions sur lui font facilement passer le deuxième pied dans le vagin.

L'extraction du corps est facile : on fait une anse au cordon qui bat encore. Le dégagement des épaules se fait sans grande difficulté : manœuvre de Pajot pour le bras postérieur. On essaye ensuite un Mauriceau qui, particulièrement pénible, ne donne aucun résultat : on se décide au forceps sur la tête dernière. La mise en place des branches de l'instrument est assez pénible, mais l'extraction se fait sans trop de difficultés.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3.200 gr. Il est né en asphyxie bleue et a pu être ranimé par les bains chauds et froids. Les diamètres de sa tête mesurent :

O F : 11.	Sous O F : 11,5
O M : 12,5.	Bi P : 9,5.
Sous M B : 9,5.	Bi T : 8.

On met à profit l'anesthésie pour faire la délivrance artificielle. Les membranes sont intactes. Petite hémorragie de la délivrance : injection chaude, ergotine. Petite déchirure latérale du périnée : deux points de suture profonds, un superficiel.

Suites de couches. — Elles ont été très bonnes pour la mère. L'enfant a repris normalement son poids au 10e jour ; il pèse 3 387 gr. le 19e jour.

*
* *

Observation XXII

(M. le Professeur Rouvier, *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1913, p. 77)

(Recueillie par Mlle Vandomber, Maîtresse sage-femme de la Clinique Obstétricale d'Alger. Obs. 1.008, série 2).

III pare, à bassin aplati avec P. P. M. de 0,07 centimètre. Accouchement prématuré provoqué au début du 9e mois. Opération de Gigli avec forceps au détroit supérieur. Succès pour la mère et l'enfant

Le 6 mai 1913, entre à la Maternité de l'hôpital de Mustapha, la nommée R., C..., multipare de III, avec le diagnostic de grossesse (Obs. 1008, série 2).

Cette femme est âgée de 23 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants et bien portants. Ont eu trois enfants actuellement bien portants.

Antécédents physiologiques. — A marché à 4 ans et a toujours bien marché. Réglée à 15 ans ; menstruation régulière.

Antécédents pathologiques. — Rougeole et scarlatine en bas âge. Mariage à 19 ans et demi.

A eu deux grossesses antérieures normales ; le premier enfant se présenta par le siège, l'accouchement se termina par un forceps sur la tête dernière (l'enfant ne vécut que 6 heures). Le deuxième accouchement (sommet) fut prématuré, provoqué à 8 mois et demi, il se termina par un forceps (Hôtel-Dieu de Lyon).

Grossesse actuelle. — La date des dernières règles est du 25 au 30 août 1912.

Apparition des mouvements actifs vers la fin de janvier.

A l'entrée dans le service, la grossesse est de 8 mois.

Taille : 1 m. 48. Tronc : 80 cm. Le quadrilatère obstétrical est régulier.

La diagonale horizontale est de 0 m. 10 (0,05 + 0,05).

La diagonale verticale est de 0 m. 12 (0,04 + 0,08).

Les diamètres du bassin sont :

D. Baudelocque	17,5
D. Bis-épineux	26 ,
D. crêtal	27 ,
D. bi-ischiatique	10 ,

Le promontoire est accessible. Le P P M : 7.

La hauteur utérine est de 27 cm.

La circonférence ombilicale est de 87 cm.

Par le palper, on constate une présentation du sommet non engagé en O I D P. La paroi abdominale est relâchée.

A l'auscultation, les bruits du cœur sont perçus sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite.

La femme étant multipare, M. le Professeur Rouvier décide de provoquer l'accouchement prématuré et de terminer par l'opération de Gigli.

Désinfection soignée de la vulve et du vagin pendant plusieurs jours.

Le 13 mai, à 20 heures, introduction, dans le col, d'une *sonde de Kraüze*. Pendant la nuit, de légères contractions utérines se font sentir.

Le 14 mai, à 8 heures, l'interne du service remplace la sonde par un *ballon de Champetier de Ribes* de 15 c. c. de capacité.

A 14 heures, ce ballon est expulsé, sans qu'il y ait eu de bonnes douleurs. Le travail ne paraît pas bien en train. La maîtresse sage-femme place alors un *deuxième ballon* de 60 c. c. environ.

A 18 heures, ce ballon est dans le vagin. Au toucher, on sent un col non encore effacé, mais perméable, un peu d'œdème de la lèvre antérieure.

On place un *troisième ballon* de 90 c. c., lequel est expulsé vers 1 heure, le 15 mai.

Pas de bonnes contractions. On donne un premier cachet d'*hypophyse* pour hâter la marche du travail, à 7 h. 30.

A 8 heures, le col est dilatable, mais non entièrement effacé. Les bruits du cœur fœtal sont bons. On place un *gros ballon dans le col*. A 8 h. 30 et 9 h. 30, on donne un cachet d'*hypophyse*. Les contractions utérines deviennent vives, 15 minutes après l'absorption du *troisième cachet*.

A 12 heures, rupture de la poche des eaux.

A 15 h. 30, on retire le ballon qui se trouve dans le vagin. Cathétérisme et toilette vulvaire soignée. Injections vaginales après savonnage du vagin.

On complète, sous anesthésie au chloroforme, la dilatation du col par la méthode bimanuelle de Bonnaire (Le col étant complètement effacé, mais non aminci : dilatation de 5 francs).

A la dilatation complète, on constate que la tête fœtale reste au-dessus du détroit supérieur ; M. le Professeur Rouvier commence l'opération de Gigli.

Désinfection à la teinture d'iode de la région opératoire. Champs.

Incision de 10 cm. partant de l'épine du pubis et descendant verticalement dans le sillon génito-crural gauche. On écarte les lèvres de la plaie et M. le Professeur Rouvier introduit le porte-scie de haut en bas, au ras des os. Section des os, la femme étant dans la position de Trendelenburg.

Les jambes de la malade, soutenues par deux étudiantes en médecine, sont immédiatement rapprochées. Tamponnement à la gaze stérilisée de la plaie qui saigne moyennement.

Le toucher intra-utérin permet alors de constater que la tête n'a aucune tendance à descendre. Elle est en O I D P. M. le Professeur Rouvier fait une application de forceps au détroit supérieur. Prise en fronto-mastoïdienne.

L'extraction de la tête se fait directement et assez facilement. Aucune difficulté pour la sortie du tronc et des membres.

L'enfant naît étonné : on le laisse profiter du sang placentaire. Il se ranime. Section du cordon entre deux pinces. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine au Tarnier. 1 c. c. d'ergotine par précaution.

Suture de la plaie opératoire au catgut et aux crins de Florence (points séparés). Drain. Sonde vésicale de Pezzer à demeure. Pansement. Ceinture orthopédique pour maintenir le bassin.

Poids du placenta : 470 grammes.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 2.540 grammes ; il présente une ecchymose sur la bosse frontale gauche due à une compression par le promontoire, ecchymose distincte des traces des cuillers du forceps qui indiquent une prise absolument classique.

Le 15 mai. — Etat général satisfaisant. La plaie a bon aspect. Pansement à l'eau oxygénée.

Un peu d'œdème à la grande lèvre gauche.

Injection vaginale matin et soir au Tarnier.

Temp. : matin 37°, pouls 112 ; soir 38°, pouls 108.

16 mai. — L'œdème augmente un peu et intéresse un peu la petite et la grande lèvre gauche.

Même traitement.

Temp. : matin 38°, pouls 106 ; soir 37°9, pouls 120.

17 mai. — Etat stationnaire. Temp. : 36°5, pouls 112. Soir, T. 38°7, pouls 110.

L'élévation de température est dûe à quelques points d'infection vulvaire : sérum antistreptococcique en applications locales matin et soir. Injections vaginales au Tarnier. Ovules iodoformées. Légère diarrhée, combattue par des lavages intestinaux.

18 mai. — L'œdème persiste. Même traitement. Drain vaginal. Temp. matin : 36°6. Pouls 110. Soir, 37°9, pouls 112.

19 mai. — La femme se sent bien. Temp. matin et soir : 36°1. Pouls : matin 112, soir 92.

20 mai. — On retire les points de suture. Les lèvres de la plaie sont rapprochées. On laisse le drain. Lavage de la plaie par le drain à l'eau oxygénée. Temp. 36°4, 37°1.

21 mai. — Etat général excellent. Temp. : matin, 36°4. Pouls 76. Soir 36°5. Pouls 68.

22 mai. — On retire le drain. Un peu de suppuration du côté des lèvres de la plaie qu'on touche à la teinture d'iode. Temp. : matin 36°4, pouls 68. Soir 37°4, pouls 78.

25 mai. — Etat local excellent. L'œdème des grandes lèvres a presque totalement disparu. Température normale.

30 mai. — Cicatrisation complète. La femme a toujours sa ceinture orthopédique.

10 juin. — La malade se lève et se sent très bien.

19 juin. — La femme est mensurée :

Bis-épineux	26,8
Bi-crêtal	27,5
Baudelocque	18
Bi-ischiatique	10
P P M	7,7

20 juin. — La femme quitte le service sur sa demande. Son état est excellent.

Poids de l'enfant, qui est allaité par la nourrice du service :

1er jour : 2.540.

2e — 2.400. — Injection hypodermique de 20 c. c. de Quinton.

3e — 2.370. — Injection de 20 c. c. de Quinton.

4e — 2.370. — Lavement de Quinton, après lavement évacuant.

5e jour : 2.470. — Selles normales, le cri est bon.
6e — 2.490. — Injection hypodermique de 20 c. c. de Quinton.
7e — 2.500. — Lavement évacuant, suivi d'un lavement de Quinton qui est gardé.
8e — 2.530. — Etat général excellent.
9e — 2.580. — L'enfant a dépassé son poids initial.
10e — 2.590. — Rien de particulier à signaler.
11e — 2.600. — —
12e — 2.670. — —
13e — 2.700. — —
14e — 2.750. — —
15e — 2.760. — —
16e — 2.730. — —
17e — 2.600. — Le poids ayant diminué, on fait une injection de Quinton.
18e — 2.685. — Lavement évacuant, suivi d'un lavement de Quinton.
19e — 2.675. — Injection hypodermique de 20 c. c. de Quinton.
20e — 2.670. — Lavement de Quinton, après un lavement évacuant.
21e — 2.700. — L'état général est bon.
22e — 2.730. — —
23e — 2.740. — L'enfant va bien. Etat général excellent.
24e — 2.800. — L'enfant est mis en nourrice.

Deux mois et demi après l'opération, la mère et l'enfant sont revus en parfait état de santé.

*
* *

Observation XXIII

(Clinique Obstétricale d'Alger, n° 1450, série 2. Année 1914)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Bit)

I are. — Bassin généralement rétréci et bacillose pulmonaire. Accouchement prématuré provoqué à la fin du 8e mois (sonde de Kraüse, ballons de Champetier de Ribes) **dilatation terminée par la méthode de Bonnaire, forceps, délivrance artificielle.**

P..., L., 24 ans, entre à la Clinique le 31 mars 1914. Son père est décédé de paludisme ; sa mère est morte de pneumonie : ils ont eu trois enfants dont deux sont bien portants ; le troisième est la femme qui nous occupe.

P..., L., a été réglée à 9 ans. La menstruation a toujours été très régulière. Elle a eu la rougeole à trois mois et la fièvre typhoïde à 23 ans. Elle est atteinte, dit-elle, de bronchite chronique depuis plusieurs années. Pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles ont eu lieu les 29 et 30 juillet ; elles ont été moins abondantes qu'à l'ordinaire. Les mouvements actifs sont apparus fin décembre. L'utérus remonte à 4 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. La grossesse semble arrivée vers la fin de la deuxième quinzaine du huitième mois.

Examen du 31 mars 1914. — La taille mesure 1 m. 53, le tronc 0 m. 83. Le squelette paraît normal, les membres inférieurs sont bien conformés.

Le quadrilatère obstétrical est symétrique et mesure :

Dans sa diagonale verticale : 4,5 + 8,5 = 13 cm.
Dans sa diagonale horizontale : 5 + 5 = 10 cm.

La pelvimétrie externe donne les résultats suivants :

Diamètre de Baudelocque	18,5
Diamètre bis-épineux	22,5
Diamètre bi-crêtal	25,5
Diamètre bi-ischiatique	9,2

Il s'agit donc d'un bassin symétrique, généralement rétréci.

Le ventre ne présente pas de vergetures et sa ligne brune est peu prononcée. Sa paroi est souple ; le fond utérin remonte à 27 cm. au-dessus de la symphyse du pubis. L'enfant est en O I G P. Pas d'engagement.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col, dans toute sa longueur, est légèrement ramolli ; ses orifices sont fermés. Le segment inférieur est formé. Les seins sont bien conformés.

A l'auscultation du poumon, on constate des signes de ramollissement du sommet gauche.

2 avril. — On décide de provoquer l'accouchement prématuré prochainement.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 10 avril, à 11 heures, on introduit, dans le col, une *sonde de Kraüse*. A 14 h. les contractions utérines douloureuses font leur apparition. La tête est en O I D P et engagée.

A 17 heures, on retire la sonde. L'examen montre un col perméable en voie d'effacement. On essaye en vain d'introduire un *ballon de Champetier de Ribes*. Finalement, on place une nouvelle sonde, plus grosse que la précédente.

Pendant toute la nuit, les douleurs sont assez vives.

Le 11, à 8 h. 30, l'examen montre un col incomplètement effacé avec des orifices dilatés comme 2 francs. La poche des eaux est intacte. On place, dans le col, un *ballon de Champetier de Ribes* de 40 c. c. Les contractions deviennent énergiques.

A 14 heures, le ballon est retiré et remplacé par un autre de 80 c. c.

A 17 heures, le col est incomplètement effacé, mais dilatable. La dilatation est de 5 francs. La femme est fatiguée, son pouls bat à 112, elle a une dyspnée intense.

A 17 h. 30, M. le Dr Dana, Chef de clinique, décide de terminer artificiellement l'accouchement. Sous anesthésie au chloroforme, on complète la dilatation par la *méthode de Bonnaire*. Puis on applique le forceps en fronto-mastoïdienne, puis dans une deuxième prise en sens direct. A 8 h. 15, se fait l'extraction de l'enfant.

Le périnée est incomplètement déchiré. On pratique la délivrance artificielle (320 gr.).

L'enfant, du sexe féminin, est né en asphyxie bleue. Il est ranimé, après 15 minutes de soins : bains chauds et froids, respiration artificielle sous un courant continu d'oxygène. Il pèse 2.420 gr. Ses diamètres céphaliques mesurent :

O F : 10,7.	Sous O B : 8,7.
O M : 12.	Bi P : 8, 5.
Sous M B : 9,5.	Bi T : 7,5.
Sous O F : 9,5.	

Sa longueur totale est de 48 cm.

Les *suites de couches* ont été très bonnes pour l'enfant. Après quelques jours de température à 38°, la mère s'est mise à faire de la fièvre hectique. Elle a été évacuée dans un service de médecine le 20e jour.

*
* *

Observation XXIV

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1418, série 2, année 1914)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Bit)

I pare ; bassin aplati et généralemeni rétréci, P. P. M. = 9. Accouchement prématuré provoqué (sonde de Kraüse et ballons de Champetier de Ribes). **Terminaison manuelle de la dilatation, version, délivrance artificielle.**

C., T..., 19 ans, entre dans le service le 16 mars 1914. Son père et sa mère sont vivants et bien portants : ils ont eu sept enfants dont trois sont décédés en bas âge ; les quatre autres sont actuellement bien portants.

C., T..., a marché à dix mois et elle a toujours bien marché. Réglée à 16 ans, sa menstruation a toujours été régulière. Elle a eu la variole en bas âge et une bronchite à 8 ans. Mariée à 18 ans, elle n'a pas eu de grossesse antérieure.

Les dernières règles ont eu lieu du 24 au 30 juin. Les mouvements actifs ont apparu fin octobre. L'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. D'après ces données, la grossesse est arrivée dans la première quinzaine du neuvième mois.

Examen du 16 mars. — La taille mesure 1 m. 50, le tronc 0 m. 83. Les membres inférieurs et la colonne vertébrale sont bien conformés. Le quadrilatère obstétrical mesure :

Dans sa diagonale verticale : 4 + 7 = 11 cm.
Dans sa diagonale horizontale : 5,5 + 5,5 = 11 cm.

Il est symétrique.

La pelvimétrie externe donne :

Pour le Baudelocque	18
Pour le bis-épineux	24,5
Pour le bi-crêtal	27,5
Pour le bi-ischiatique	9,5

Le promontoire est accessible et le P P M = 9.

D'après tous ces renseignements, nous avons affaire à un *bassin aplati* et *généralement retréci.*

Le ventre, ovoïde, présente quelques vergetures et une ligne brune peu prononcée. Sa paroi est ferme. Le fond de l'utérus est à 31 cm. au-dessus de la symphyse pubienne. L'enfant est en O I G A tête très mobile au-dessus du détroit supérieur.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col, à gauche et en arrière, est dans toute sa longueur. Il est ramolli ; ses orifices sont fermés.

Les seins sont bien conformés ; pas de varices ni d'œdème aux membres inférieurs. Pas d'albumine dans les urines.

16 mars. — M. le Professeur, après un nouvel examen du bassin et du fœtus, pense qu'il serait prudent de provoquer l'accouchement prématuré, vers 8 mois et demi, c'est-à-dire vers le 4 ou 5 avril.

Le 28 mars. — Le fœtus est en O I D P.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 2 avril, à 11 h., le col n'étant pas perméable, on place une *bougie de Kraüse*. Peu de temps après on peut insinuer, dans la lumière du col utérin, un *ballon de Champetier de Ribes* de 60 c. c. Il est, dans la suite, remplacé par un autre du même type de 80 c. c.

Le 3 avril, à 15 h. 30, on complète, sous anesthésie au chloroforme, la dilatation par la *méthode de Bonnaire*. Puis, après rupture artificielle de la poche des eaux, on fait la *version podalique* en s'aidant de la manœuvre de Justine Sigmondin. Terminaison par un Mauriceau.

Délivrance artificielle : le placenta pèse 480 gr.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 2.950 gr. Il est né étonné, mais il a pu être ranimé facilement. Ses diamètres céphaliques mesurent :

O F : 10,5.	Sous O B : 10.
O M : 12,5.	Bi P : 8,5.
Sous M B : 10.	Bi T : 7,5.
Sous O F : 10.	

Suites de couches. — Bonnes pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XXV

(Clinique obstétricale d'Alger. N° 868, série 2, 1913)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

V are VIII geste. — Anémie grave au cours de la grossesse ; accouchement prématuré provoqué à 7 mois révolus (ballons de Champetier de Ribes, dilatation à la Bonnaire, version par manœuvres internes), **mort né**.

C., B..., 32 ans, mariée, entre dans le service le 21 janvier. Son père, vivant, est bien portant. Sa mère est décédée, suites de couches : 6 enfants dont deux sont décédés en bas âge, d'affection indéterminée. Elle a marché à 14 mois et a toujours bien

marché. Réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été très régulière.

Mariée à 17 ans, C. B..., a eu huit grossesses dont trois fausses-couches de trois mois et deux morts-nés à terme, à la suite d'un forceps. Les trois autres enfants sont vivants et bien portants.

Paludisme rebelle depuis juillet 1912. De plus, la malade est évacuée de la salle Maillot où on la traitait pour dysenterie chronique. C'est en raison de douleurs qu'elle a été évacuée dans le service le 21 janvier : celles-ci se sont facilement arrêtées grâce à l'emploi du viburnum. C'est au cours du paludisme (forme quotidienne, très rebelle) et vers le cinquième mois de la grossesse que la dysenterie s'installe. Le nombre des selles a atteint la vingtaine et elles s'accompagnent de coliques, d'épreintes et de ténesme. Pas de fièvre.

Examen du 21 janvier. — Les douleurs se sont complètement arrêtées. Les téguments sont légèrement bronzées ; les conjonctives et la muqueuse buccale sont subictériques. La rate est légèrement perceptible. Pas de température.

Les dernières règles remontent aux 5-10 juillet ; les mouvements actifs ont été perçus en novembre : la grossesse serait donc arrivée à la première quinzaine du septième mois.

Le 29 janvier, le nombre des globules rouges est de 2.000.000 ; la viscosité est 2-5.

Le 5 février, on constate de l'œdème malléolaire aux deux jambes et la présence de nombreuses varices superficielles. Le nombre des selles atteint encore quinze.

Le 6 février, la malade accuse avoir eu, dans la nuit précédente, deux vomissements glaireux avec état nauséeux continuel. Légère bouffissure du visage. Pas d'albuminurie.

Le 15 février, crise d'asystolie : digitaline à 1 p. 1.000, L gttes. La femme étant excessivement anémiée, on décide, après examen hématologique, d'intervenir pour arrêter la grossesse.

Accouchement. — Le 22 février, à 11 heures, on place, dans l'orifice utérin, une *sonde de Kraüse :* elle est expulsée dans l'après-midi. On la remplace, à 18 heures, par un petit *ballon de Champetier de Ribes*, de 10 c. c.

Le 13 février, au matin, on le remplace par un ballon de 20 c. c. A 16 heures, on le remplace par un *ballon de volume plus considérable* et, à 18 heures, on constate que l'effacement du col est complet, que la dilatation est comme une petite paume de main et que le col est dilatable. On décide une intervention pour la soirée, la femme étant à bout de forces (29 heures de travail).

A 21 heures, Mlle la Maîtresse sage-femme et M. l'Interne complètent la dilatation par la *méthode de Bonnaire*. Puis ils rompent la poche des eaux et constatent une *présentation de l'épaule gauche* siège à gauche. M. l'Interne pratique alors la *version* : les deux pieds sont facilement amenés à la vulve l'un après l'autre et l'extraction, jusqu'à la tête, est assez facile. Par contre, le Mauriceau est assez pénible.

L'enfant, du sexe féminin, naît en état de mort apparente, mais le cœur bat toujours. On essaye en vain de le ranimer par les moyens habituels.

On fait immédiatement la délivrance artificielle. Dix minutes après, la femme a une syncope : éther, caféine, huile camphrée à hautes doses, inhalations d'oxygène.

L'enfant pèse 1 kil. 210, les diamètres de sa tête mesurent :

O F : 8,5.	Sous O B : 8.
O M : 10.	Bi P : 7.
Sous M B : 8.	Bi T : 5,5.
Sous O F : 8.	

Le placenta pèse 250 gr.

Suites de couches. — Le 24 février, on constate l'existence d'un bruit de galop ; la malade se dit très fatiguée : sérum de Quinton (100 gr.) et adrénaline (XX gttes) ; huile camphrée 2 c. c. toutes les deux heures et potion alcoolique à la spartéine.

21 février. — La nuit a été bonne ; le pouls est moins fréquent et plus vibrant, le bruit de galop s'atténue. Cacodylate de soude 0,05 pendant dix jours en injection hypodermique.

9 mars. — V gttes de digitaline 1 p. 1.000, pendant dix jours.

17 mars. — Reprise du cacodylate de soude.

20 mars. — Evacuation sur un service de médecine.

L'examen hématologique sur lequel on s'est appuyé pour décider l'interruption de la grossesse a été pratiqué le 21 février, dans le service, par M. Darricarère. Il a donné les résultats suivants :

1° *Numération :*

Leucocytes	4.800	(7.000)
Globules rouges	1.200.000	(5.000.000)
Taux d'hémoglobine	24 %	100 %
Valeur globulaire	1	(1)

2° *Formule leucocytaire* .

Polynucléaires éosinophiles	0	65,5	(0)	(66)
— neutrophiles.....	65		(66)	
Formes de transition..	0,5		(0)	
Mononucléaires.....	25		(22)	(34)
Lymphocytes....	9,5		(12)	
	100		100	

3° *Diagnostic hématologique :*

L'apparence est en tous points celle du sang normal dilué dans quatre fois son volume d'eau :

a) Le nombre des globules rouges et le taux de l'hémoglobine font nettement rejeter l'hypothèse d'une *anémie pernicieuse ;*

b) Le faible nombre de globules blancs, le nombre peu considérables de formes mononuclées sont contraires à l'hypothèse de *cachexie palustre*. On ne retrouve d'ailleurs ni hématozoaire, ni pigment dans le sang ;

c) L'hypoleucocytose et la formule d'anémie sont explicables par une *dysenterie chronique* agissant sur un organisme précédemment affaibli par des causes multipes.

*
* *

Observation XXVI

(Clinique Obstétricale d'Alger, 1908)

V pare. — Bassin asymétrique ; accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2 (ballon de Champetier de Ribes), évolution spontanée.

B..., L., 33 ans, célibataire, entre à la Maternité le 23 février.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 45 ans, d'une bronchite ; mère morte à 28 ans d'une affection indéterminée : ils ont eu quatre enfants qui sont actuellement vivants et bien portants.

Antécédents héréditaires. — B..., L., ne peut dire l'âge auquel elle a marché ; elle ne se souvient pas avoir dû interrompre sa marche. Réglée à 12 ans, sa menstruation a toujours été très régulière.

Antécédents pathologiques. — Fièvre typhoïde à l'âge de 15 ans.

Grossesses antérieures. — Quatre grossesses antérieures :

La première, normale, s'est terminée, à terme, par un accouchement eutocique par le sommet : au cours des suites de couches, phlébite à la jambe gauche ;

La deuxième grossesse s'est interrompue spontanément à 8 mois et a donné, comme résultat, un mort-né ;

La troisième a évolué normalement jusqu'à terme et s'est terminée par un accouchement au forceps : l'enfant, extrait vivant, se développa assez bien et mourut à 3 ans et demi, d'une bronchite ;

Enfin, la quatrième gestation, normale elle aussi, s'est terminée par un accouchement à terme et eutocique (sommet) : l'enfant, une petite fille, était très petite et mourut à six mois.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles remontent au 26-29 septembre ; la grossesse est, actuellement, à la fin de la première quinzaine du neuvième mois. La femme dit qu'elle a sérieusement souffert de l'estomac, pendant toute sa grossesse.

Examen à l'entrée. — La taille mesure 1 m. 57. La colonne vertébrale présente une légère cyphose dans la région dorsale et une deuxième cyphose dans la région sacrée ; elle présente encore une scoliose à convexité gauche, avec déformations compensatrices du bassin et légère lordose lombaire. Le palper fait percevoir de légères nodosités chondro-costales. La fesse droite est plus basse et plus épaisse que la gauche : le bassin est donc probablement asymétrique.

La pelvimétrie externe donne les diamètres suivants :

Baudelocque.....	20 cm. 4

(Il ne faut pas tenir compte de ce chiffre, en raison de la saillie exagérée de la crête sacrée) ;

Bis-épineux	23 cm.
Bi-crêtal	27,7
Bi-ischiatique	10

Le toucher fait percevoir un coccyx saillant du côté droit. Le promontoire est inaccessible au toucher bidigital.

Le quadrilatère obstétrical a le côté supérieur gauche plus court que le droit ; son angle latéral droit est abaissé : il faut donc conclure à une légère asymétrie du bassin.

La peau présente des cicatrices au-dessous des deux épines pos-

térieures et des varices sont visibles au sus-pubis et au-dessous du pli fessier gauche. Les seins sont peu développés ; l'abdomen en obusier a des parois souples.

L'enfant se présente par le sommet et en O I D P.

Pas d'albumine dans les urines.

Le 25 juin, l'enfant est toujours en O I D P. En raison des déformations du bassin, du volume du fœtus, de l'existence, dans les antécédents, d'un accouchement dystocique et pénible, M. le Professeur Rouvier décide de provoquer un accouchement prématuré : l'enfant naîtra, vraisemblablement, dans un bon état physique et les risques qu'il courra dans l'intervention ne sont pas plus grands que ceux qu'il courra dans un accouchement spontané. Bien au contraire, il souffrira moins en franchissant les passages difficiles de la filière pelvienne maternelle, parce que les os de son crâne sont plus souples et parce que les diamètres de sa tête sont légèrement moindres. Quant à la mère, elle a plus de chances qu'à terme d'échapper à une intervention qui, si elle est une source de dangers sérieux pour son enfant, est aussi, pour elle, une source de périls (anesthésie, déchirure, infections, travail long et pénible, suivi d'inertie avec toutes ses conséquences).

Pendant les journées du 25 et du 26, on fait une antisepsie soigneuse des organes génitaux externes et du vagin. Le 27 juin, l'interne du service introduit, à 5 heures du soir, une *sonde de Kraüse* ; celle-ci est expulsée le lendemain, 28 juin, à 7 heures du matin.

Accouchement. — Le 29 juin, après désinfection des voies génitales basses, on introduit, dans l'utérus, un *ballon de Tarnier* (9 h. et demie du matin). Ce ballon ne tient pas. On le remplace par un *ballon de Champetier de Ribes* n° 5.

Le travail débute à 10 heures du matin. L'enfant est en O I G P. La dilatation est complète le 30 juin, à 2 h. 30 du matin : la dilatation a donc duré environ 15 heures. La rupture de la poche des eaux est précoce et le liquide amniotique est assez abondant. A 2 h. 40 du matin, le même jour, se produit l'expulsion du fœtus : la durée de la période d'expulsion a donc été de dix minutes. Le travail total a duré 16 h. 40. La quantité de sang perdu avant la délivrance est de 100 grammes.

Le placenta s'engage à 3 h. 25 ; il est expulsé à 3 h. 40. La quantité de sang perdu pendant la délivrance est de 100 grammes environ.

L'enfant, du sexe masculin, présente un bon état physique ;

il pèse 3 kil. 200. Sa longueur totale est de 50 cm. Les diamètres de sa tête mesurent :

O M : 13 cm.	Bi T : 8,5.
O F : 12 cm.	Bi P : 9.
S O B : 9,5.	S M B : 9,5.
S O F : 11.	

Le placenta, de forme circulaire, pèse 470 gr. Le cordon faisait un circulaire autour des jambes.

Suites de couches. — L'enfant pèse 3 kil. 015 le quatrième jour et 3 kil. 150 le dixième jour.

La mère a eu des suites de couches absolument normales : elle quitte le service le 14 juillet, emportant son enfant qu'elle allaite : l'un et l'autre sont en excellent état.

*
* *

Observation XXVII

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1843, série 2, année 1915)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

II are ; accouchement antérieur provoqué à 9 mois 1/2. Bassin généralement rétréci et aplati (PPM = 9) **; accouchement prématuré provoqué à la fin du 8e mois** (ballons de Champetier de Ribes et hypophysine) ; **expulsion spontanée et délivrance normale.**

R., M..., 27 ans, entre à la Clinique Obstétricale le 4 janvier 1915. Son père est décédé à 49 ans de pneumonie. Sa mère est vivante et bien portante : elle a eu sept enfants dont le dernier est mort-né.

R., M..., a marché à 8 mois et elle a toujours bien marché. Réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été très régulière. Elle aurait eu une poussée de rhumatismes à l'âge de 10 ans.

Mariée à 24 ans, elle a eu une *grossesse antérieure* terminée, il y a deux ans, par un accouchement prématuré, provoqué quinze jours environ avant le terme. L'enfant pesait 3.000 gr ; il est actuellement vivant et bien portant.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 10 au 25 mai et depuis ce moment il y a eu des pertes rouges jusqu'au 2 juillet. Les mouvements actifs ont été perçus au début de septembre. Le fond utérin remonte, le 14 décembre, à 4 tra-

vers de doigts au-dessus de l'ombilic. D'après ces renseignements, la grossesse semble arrivée, à cette date, au début de la deuxième quinzaine du 7e mois.

Examen du 14 décembre 1914. — La taille mesure 1 m. 60, le tronc 0 m. 825. Le squelette paraît bien conformé dans son ensemble, les membres inférieurs sont normaux.

Le quadrilatère obstétrical mesure :

Dans sa diagonale verticale : 5,5 + 7 = 12,5.
Dans sa diagonale horizontale : 5 + 5 = 10.

Il est symétrique.

La pelvimétrie donne :

Pour le diamètre de Baudelocque.....	18,5
Pour le diamètre bis-épineux.....	23
Pour le diamètre bi-crêtal.....	25
Pour le diamètre bi-ischiatique.....	9,5
Pour le diamètre P P M.....	9

Il s'agit donc d'un bassin aplati et généralement rétréci.

Le ventre est ferme ; il présente quelques vergetures et une ligne brune peu prononcée. Le fœtus est très mobile et change de présentation et de position d'un moment à l'autre.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col est ramolli, ses orifices sont perméables.

L'examen des organes est négatif. Pas d'albumine dans les urines.

4 janvier. Après un nouvel examen, M. le Professeur Rouvier estime qu'il sera prudent de provoquer l'accouchement prématuré quinze jours environ avant le terme, c'est-à-dire vers le 25 courant.

Accouchement prématuré provoqué. — La femme monte au pavillon de travail, le 27 janvier. Le col est ramolli et largement ouvert on introduit un *ballon de Champetier de Ribes* de 50 c. c. De 19 à 23 heures, quelques contractions utérines. Après un moment de calme, elles reparaissent et persistent encore le 28 janvier, à 8 heures.

Le 28, à 9 heures et demie, le col est presque entièrement effacé, mais non aminci. La dilatation est de 5 francs. La poche des eaux est intacte et bombe. Les douleurs paraissent assez énergiques et rapprochées : on décide de ne pas remplacer le ballon et d'abandonner le travail à lui-même en surveillant sa marche. La tête, non engagée et défléchie, déborde légèrement

l'arc antérieur du bassin ; elle est orientée en O I D P. Ainsi qu'on peut en juger par le tableau suivant des douleurs, le travail continue dans de bonnes conditions :

9 h. 50	douleur de	3	minutes de durée ;
9 h. 53	—	2	—
9 h. 57	—	5	—
9 h. 57,2"	—	5	—
9 h. 59	—	4	—
10 h. 2	—	5	—
10 h. 4	—	2	—

La rupture de la poche des eaux se produit à 10 h. 50. A 11 h. 15, le col est entièrement effacé, mais l'amincissement n'est pas complet. La dilatation est d'une paume de main. La tête, non engagée, est toujours en D P ; la fontanelle antérieure n'est pas accessible. Le travail suit une marche régulière. Pour faciliter l'engagement, on met la femme dans la *position de Walcher-Crouzat.*

A 12 heures, la dilatation est complète et la tête engagée.

A 13 heures se produit l'expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin pesant 3.550 gr.

Après décollement partiel du placenta, les contractions utérines s'arrêtent. On fait 1 c. c. *d'hypophysine* en injection sous-cutanée une demi-heure après l'expulsion fœtale. Cinq minutes après, les douleurs reparaissent très vives et, aidées d'un peu d'expression utérine, elles expulsent rapidement le placenta. Celui-ci pèse 520 grammes.

L'enfant est né dans un très bon état physique. Son crâne présente un chevauchement très net du pariétal droit (postérieur) sur le gauche (antérieur). Les diamètres céphaliques mesurent :

O F : 11 cm. 5.	Sous O B : 9,5.
O M : 13 cm.	Bi P : 8,5.
Sous M B : 8,5.	Bi T : 7,5.
Sous O F : 10,5.	

Les *suites de couches* ont été parfaites pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XXVIII

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1319, série 2, année 1913)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Bit)

III are. - Bassin normal ; accouchement à terme, inertie utérine échec de la thérapeuthique hypophysaire (voie buccale) ; **application de deux ballons de Champetier de Ribes suivie d'accouchement spontané rapide** (9 h. 45) ; **placenta prœvia latéral.**

P..., A., 38 ans, entre dans le service le 17 novembre 1913. Son père est décédé d'une tumeur abdominale. Sa mère est vivante et bien portante : elle a eu cinq enfants, tous vivants et bien portants.

P..., A., ne peut dire à quel âge elle a marché. Elle ne croit pas avoir jamais dû interrompre sa marche. Réglée à 17 ans, sa menstruation a toujours été régulière.

Comme *antécédents pathologiques :* paludisme à 25 ans.

Grossesses antérieures. — Deux grossesses antérieures dystociques ayant nécessité la terminaison au forceps (deux faces ?).

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 10 au 13 mars mais elles ont été moins abondantes que d'habitude. Les mouvements actifs ont apparu vers la fin juillet. L'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. D'après tous ces renseignements, la grossesse est arrivée vers la fin du neuvième mois. Il y a eu quelques pertes sanguinolentes pendant la grossesse. Jamais d'albumine dans les urines.

Examen du 17 novembre 1913. — La taille mesure 1 m. 58, le tronc 82 cm. 5. Le quadrilatère obstétrical a les dimensions suivantes :

Diagonale verticale : 6,5 + 7,5 = 14
Diagonale horizontale : 5 + 5 = 10.

Il est symétrique.

La pelvimétrie externe donne les résultats suivants :

Diamètre de Baudelocque.....	20,5
Diamètre bis-épineux.....	25,5
Diamètre bi-crêtal.....	28,3
Diamètre bi-ischiatique.....	9,5

Donc, bassin à peu près normal.

La vulve porte les traces d'une déchirure ancienne. Le col,

dans toute sa longueur, est légèrement ramolli et présente des cicatrices de déchirures anciennes (à droite et à gauche). Le segment inférieur, en formation, est légèrement empâté à gauche. Le doigt vaginal arrive sur un sommet.

Le ventre présente des vergetures nombreuses et une ligne brune prononcée. L'utérus rmonte à 34 cm. au-dessus de la symphyse pubienne, il est le siège de contractions indolores. L'enfant est en O I D P., tête très mobile.

Les seins sont bien conformés, leurs mamelons sont saillants. Pas d'œdème ni de varices aux membres inférieurs ; pas d'albumine dans les urines. L'examen des organes est négatif.

Accouchement. — Le 24 novembre, la femme entre au pavillon de travail. La *poche des eaux est rompue* depuis minuit ; l'enfant est en O I D A, tête non engagée. Le col est ramolli, très perméable, mais non dilaté.

Les contractions utérines n'apparaissent qu'à 6 heures ; de plus, elles ne sont pas suivies. On donne, à 8 heures et à 8 h. 30, un cachet de 0 gr. 30 d'*extrait d'hypophyse :* cette thérapeutique n'a aucune action sur les contractions.

A 10 heures, la dilatation du col n'a fait aucun progrès. On place un *ballon de Champetier de Ribes* de 60 c.c. : les contractions utérines vives se déclarent presque immédiatement. Le ballon est expulsé à 11 h. 25 ; la tête est, à ce moment, engagée. La dilatation est de 2 francs.

La dilatation est complète à 15 heures. A 15 h. 15, se produit l'expulsion spontanée d'un enfant du sexe masculin, pesant 3.160 grammes. La délivrance se fait spontanément : le placenta pèse 540 grammes.

La période de dilatation a donc duré 7 heures. L'accouchement a duré, en tout, 9 h. 15.

L'enfant, né en bon état physique, mesure 50 cm. de long. Ses diamètres céphaliques sont les suivants :

O F : 11,5.	Sous O B : 10.
O M : 12,5.	Bi P : 9,1.
Sous M B : 10.	Bi T : 8.
Sous O F : 11,5.	

Il présente une bosse séro-sanguine pariétale gauche et un pied bot.

Les *suites de couches* sont normales pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XXIX

(Clinique Obstétricale d'Alger, n° 1353, série 2, année 1914)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Bit)

IV are, VI geste. — Anémie grave. Accouchement prématuré provoqué (ballons de Champetier de Ribes)**, terminaison spontanée : Enfant mort. Délivrance artificielle. Décès.**

M..., D., 32 ans, entre à la salle Dubois, le 31 janvier 1914. Son père et sa mère sont vivants et bien portants : ils ont eu six enfants, dont quatre morts en bas âge.

M..., D., ne sait pas à quel âge elle a marché ; elle a toujours bien marché. Réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été très régulière.

Comme antécédents pathologiques, rougeole à 10 ans, paludisme actuel.

Grossesses antérieures. — Mariée à 17 ans, M..., D., a eu quatre grossesses antérieures normales, suivies d'accouchements à terme et eutociques (sommets) et deux avortements : le premier de 4 mois, eut lieu avant les grossesses allées à terme ; le deuxième, de 2 mois, avant la dernière grossesse (l'enfant meurt à 2 ans).

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 18 au 23 janvier. L'utérus remonte à 7 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. La grossesse semble donc arrivée à la fin de la deuxième quinzaine du 9e mois.

Examen du 31 janvier. — La taille mesure 1 m. 50 ; le tronc 0 m. 82. Le squelette paraît normal dans son ensemble, les membres inférieurs sont bien conformés. Le quadrilatère obstétrical mesure :

Dans sa diagonale verticale : 6 + 9 = 25.
Dans sa diagonale horizontale : 5 + 5 = 10.

Il est symétrique. La pelvimétrie externe du bassin donne :

Diamètre de Baudelocque :	19,5
Diamètre bis-épineux	25,5
Diamètre bi-crêtal	28
Diamètre bi-ischiatique	10

Le bassin est donc, en général, bien conformé.

Le ventre, de forme ovoïde, présente de nombreuses vergetures

anciennes et une ligne brune prononcée. Sa paroi est lâche. L'utérus remonte à 32 cm. au-dessus du pubis et l'enfant est en O I G A. Pas d'engagement.

Les seins sont bien conformés ; pas de varices aux membres inférieurs mais œdème malléolaire appréciable. Le teint est terreux, les conjonctives, les muqueuses et les téguments sont décolorés.

Traces d'albumine dans les urines. Rien aux divers organes.

31 janvier. — Tension radiale : 6-11. Traces d'albumine dans les urines. Céphalée.

2 février. — Lavage intestinal de 6 litres.

3 février. — Tension radiale au Pachon : 6-11.

Viscosité : 2,5.

3, 5, 7 et 9 février. — 0,05 à 0,10 de cacodylate de soude en injection sous-cutanée.

Le 10 février. — Viscosité sanguine : 2,50.

Valeur globulaire : 0,12.

Globules rouges : 840.000 ; pas de poïkylocytose, pas d'hématies nucléées.

On décide de provoquer le lendemain même l'accouchement prématuré.

Accouchement. — Le 11 février, à 10 h. 30, le col est entr'ouvert : on introduit un *ballon de Champetier de Ribes* de 80 c. c. Les contractions utérines apparaissent peu après et, à 15 heures, le ballon est expulsé. Au toucher, le col est en voie d'effacement et la dilatation est de 2 francs. On introduit un *deuxième ballon*, de 80 c. c., les contractions demeurent suivies, mais elles sont peu vives.

On donne 3 cachets d'*extrait d'hypophyse* à 30 minutes d'intervalle.

Le 12 février. — A 10 h. 30, le ballon est expulsé, la dilatation est de 5 francs. La femme se dit épuisée ; M. le Dr Dana, Chef de clinique, conseille de ne pas intervenir et de laisser la femme au repos.

A 11 h. 10, la femme expulse spontanément un enfant du sexe masculin, pesant 2.740 gr. Il naît en asphyxie bleue et ne peut être ranimé.

Délivrance artificielle : le placenta pèse 380 gr. La femme étant très faible, on lui fait de l'huile camphrée (6 c. c.), de la spartéine (0 gr. 10), de la caféine (0 gr. 50), de l'éther (2 c. c.) et du sérum artificiel (500 c. c.) en injection sous-cutanée.

La période de dilatation a donc duré 22 h. et le travail spon-

tané 24 heures. L'enfant expulsé a les diamètres céphaliques suivants :

O F : 11.
O M : 12.
Sous M B : 10.
Sous O F : 10.
Sous O B : 8.
Bi P : 9.
Bi T : 7,5.

A 13 heures, l'état de la malade est plus satisfaisant. A 13 heures et demie, elle est prise de violents frissons avec dyspnée intense et pouls très rapide. A 16 h. 30, la dyspnée s'est encore accentuée, l'agitation est très grande, le pouls est filant : injection sous-cutanée de 0 gr. 50 de caféine, de 2 c. c. d'éther, de 2 c. c. d'huile camphrée ; la température est de 38°3. L'utérus est bien rétracté. Rien aux poumons.

Un temps d'accalmie se produit entre 19 et 21 heures : la femme est moins oppressée et repose un peu. Mais, à 21 heures, nouvelle crise, plus accusée que la première : la femme étouffe, le pouls est à 160 : huile camphrée, éther. L'interne de garde fait une injection intra-veineuse de 400 gr. de sérum glucosé ; inhalations d'oxhgène et d'éther : l'état est très grave.

Le 13 février, à 1 heure, l'oppression est encore plus grande : ventouses sèches. Les crises d'étouffement semblent s'espacer, la malade est un peu plus calme. Température 36°1 ; P. 120.

A 10 heures, on fait 400 gr. de sérum adrénaliné en injection sous-cutanée, ainsi que de l'huile camphrée et de l'éther. Tension radiale au Pachon : 6-12 ; P. 120 ; la malade est plus calme, la dyspnée a considérablement diminué.

14 février. — 400 gr. de sérum adrénaliné, deux ampoules d'hémostyl (une par voie buccale et l'autre par voie sous-cutanée), sérum à la Murphy. Le soir, P. 116 ; T. 38°5.

15 février. — 500 gr. de sérum adrénaliné, deux ampoules d'hémostyl (mêmes voies), sérum à la Murphy. Le soir, P. 124, T. 37°6.

16 février. — Même traitement.

17 février. — Décès.

*
* *

Observation XXX

(Clinique Obstétricale d'Alger, n° 835, série 2, 1912)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

IV pare.— Accouchements antérieurs à terme et dystociques ; bassin généralement rétréci et de type masculin avec asymétrie du losange obstétrical. Accouchement prématuré (ballons de Champetier de Ribes et extrait d'hypophyse), **évolution spontanée du travail.**

O..., A., 35 ans, entre à la Clinique le 29 décembre 1912. Son père est mort cardiaque ; sa mère est vivante et bien portante : ils ont eu six enfants, dont quatre sont vivants et actuellement bien portants ; les deux autres sont décédés, l'un de variole, l'autre d'accident.

O..., A., a marché à 1 an et elle a toujours bien marché. Réglée à 15 ans, sa menstruation a toujours été très régulière. Elle a eu la rougeole dans son enfance.

Grossesses antérieures. — Mariée à 26 ans, O..., A., a eu trois grossesses antérieures normales, mais terminées à terme par des accouchements dystociques (forceps). Les enfants sont vivants et actuellement bien portants. Le dernier accouchement remonte à 1910. Le père est le même pour toutes les grossesses.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 4 au 7 avril. Les mouvements actifs ont été perçus vers la fin août. Il semble donc que la grossesse soit arrivée vers la fin du huitième mois.

Examen du 30 décembre 1912. — La taille mesure 1 m. 52, le tronc 0 m. 82. Le quadrilatère obstétrical, asymétrique, mesure :

Dans sa diagonale verticale : 5 + 9,5 = 14,5.
Dans sa diagonale horizontale : 5 + 4 = 9.
Dans ses côtés gauches : 7 et 10,7.
Dans ses côtés droits : 6,4 et 10,3.

Pas d'ensellure lombaire exagérée ; légère déviation de la fente vulvaire à gauche.

La pelvimétrie externe donne :

Diamètre de Baudelocque	16,
Diamètre bis-épineux	23,5
Diamètre bi-crêtal	26,5
Diamètre bi-ischiatique	9
Le P P M mesure	9 cm.

Il s'agit donc d'un bassin généralement rétréci et aplati de type masculin.

Le fond utérin est à 34 cm. de la symphyse pubienne. L'enfant est en O I G P, tête libre au-dessus du détroit supérieur.

6 janvier. — M. le Professeur Rouvier, après nouvel examen de la femme décide de provoquer l'accouchement prématuré vers le 8 janvier. On prendra, dès ce jour, les soins antiseptiques nécessaires, en vue de cette intervention.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 9 janvier, la femme entre à la salle de travail à 9 h. 30. On place un *ballon de Champetier de Ribes* de 30 c. c. entre le col et la présentation. Dans l'après-midi, la femme a quelques petites douleurs indiquant un début de travail.

A 17 heures, M. Pouget, interne du service, retire le ballon qu'il trouve dans le vagin. A ce moment, le col est complètement effacé et la dilatation est d'une petite paume de main. On place un *deuxième ballon* dans le vagin (150 c. c.) pour hâter le travail et préparer les voies génitales.

Le deuxième ballon est expulsé à 20 h. 20 et, au même moment, a lieu la rupture spontanée de la poche des eaux. La dilatation est complète et la tête est engagée.

Bientôt les contractions s'espacent et sont de courte durée. Mlle la Maîtresse sage-femme donne, à 20 h. 30, un cachet d'*hypophyse*. 5 minutes après les contractions sont plus rapprochées et plus vigoureuses ; l'expulsion fœtale a lieu à 21 h. 15.

En résumé, la dilatation a demandé 7 h. 50 pour se faire ; le travail total a duré 9 h. 15.

La délivrance se fait spontanément.

L'enfant, du sexe masculin, est né avec un excellent état physique et il pèse 3.050 gr. Sa longueur totale est de 50 cm. Ses diamètres céphaliques mesurent :

O F : 12.	Sous O B : 9.
O M : 13.	Bi P : 9.
Sous M B : 10.	Bi T : 8.
Sous O F : 9.	

Les *suites de couches* ont été normales. L'enfant, nourri au sein par sa mère, pèse 2.730 gr. le quatrième jour, 3.100 gr. le 10e jour et 3.475 gr. le 15e jour.

*
* *

Observation XXXI

(Clinique Obstétricale d'Alger, n° 816, série 2, 1912)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

I are. — Bassin limite et légèrement aplati ; accouchement prématuré provoqué à 9 mois 1 2 (ballons de Champetier de Ribes et extrait d'hypophyse) **; évolution spontanée du travail.**

R..., M., 17 ans, célibataire, entre le 16 décembre 1912 à la Maternité d'Alger. Née de père et de mère inconnus, elle ne peut dire l'âge auquel elle a commencé à marcher. Elle n'a jamais dû arrêter sa marche. Réglée à 16 ans, sa menstruation est irrégulière.

Aucun antécédent pathologique.

Pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles remontent au 20-24 mars. Les mouvements actifs ont été perçus dans la première quinzaine du mois d'août. La hauteur de l'utérus au-dessus de l'ombilic est de 5 travers de doigt. D'après les règles, la grossesse est arrivée dans la deuxième quinzaine du neuvième mois.

Pertes leucorrhéiques depuis les premiers mois de la grossesse. Jamais d'albumine. Depuis le début de l'état gravide, la femme dit avoir eu des pertes sanguines peu abondantes, à des intervalles irréguliers.

Examen du 17 décembre. — L'abdomen est ovoïde, les vergetures qu'il porte sont nombreuses et la ligne brune est peu prononcée. Le fond de l'utérus est à 33 cm. au-dessus de la symphyse pubienne, la matrice est le siège de contractions indolores. L'enfant est en O I G P ; l'auscultation confirme ce diagnostic. Pas d'engagement.

Le toucher vaginal montre un col dans toute sa longueur, légèrement ramolli dont les orifices admettent la pulpe du doigt. Le segment inférieur est en formation ; les doigts arrivent sur un sommet.

La taille mesure 1 m. 52, le tronc 0 m. 83. Le squelette est normal. Les dimensions du quadrilatère obstétrical sont les suivants :

Diagonale verticale : 5 + 8 = 13.
Diagonale horizontale : 6 + 6 = 12.

Celles du bassin :

Baudelocque	18,5
Bis-épineux	22

Bi-crêtal 26
Bi-ischiatique 9,5
P P M 10,4

Le promontoire est difficilement accessible au toucher bi-digital. La symphyse est inclinée et le P S P est agrandi.

Nous avons donc affaire à un bassin limite légèrement aplati.

Pas d'œdème, pas de varices. Les seins sont bien conformés avec mamelons saillants et aréoles pigmentées.

Pal d'albuminurie.

On décide de provoquer l'accouchement prématuré, le 6 janvier, après plusieurs jours de désinfection locale.

Accouchement. — Le 7 janvier, à 9 heures, on constate au toucher, un col ouvert, mais non complètement effacé. A travers le segment inférieur, on sent un sommet non engagé en O I G P. M. le Professeur Rouvier, en raison de la conformation du bassin, maintient son intention de provoquer l'accouchement prématuré.

M. Pouget, interne du service, introduit, à l'aide de la pince porte-ballon, un *ballon de Champetier de Ribes*, de 30 c. c. entre le col et la présentation. Les contractions utérines deviennent douloureuses à 13 heures.

L'expulsion du ballon se produit vers 17 heures ; on constate, à ce moment, une dilatation d'une petite paume de main dans un col effacé et aminci. Pour hâter le travail, on remplace le ballon expulsé par un *ballon de volume double* qu'on laisse dans la cavité vaginale.

Ce ballon est expulsé à 20 heures, et le travail continue régulièrement. L'engagement a lieu à 24 heures et la dilatation est complète le 8 à 2 h. 15 (Durée de la dilatation : 15 h. ½).

A partir de ce moment, les douleurs s'espacent de plus en plus. Mlle la Maîtresse sage-femme administre 0 gr. 10 *d'extrait d'hypophyse* à 2 h. 55 : l'expulsion se produit 30 minutes après. La délivrance est normale.

L'enfant, du sexe féminin, naît avec un bon état physique et pèse 3.570 gr. Les dimensions de sa tête sont les suivantes :

O F : 11.	Sous O B : 9,5.
O M : 13.	Bi P : 9,5.
Sous O F : 10,5.	Bi T : 8.

Le placenta pèse 600 gr. Il y avait un léger excès de liquide amniotique.

Suites de couches. — Les suites de couches ont été absolument

normales pour la mère. L'enfant, allaité par elle, pèse 3.280 grammes le quatrième jour, 3.470 gr. le dixième et 3.667 gr. le quinzième jour.

*
* *

Observation XXXII

(Clinique Obstétricale d'Alger, 1913, n° 1054, série 2)

V are. — Bassin en antéversion ; accouchement prématuré provoqué dans la 2e quinzaine du 9e mois (ballons de Champetier de Ribes et hypophyse)**, enfant vivant de 4.820 gr. placenta prævia latéral.**

F..., M., 37 ans, entre à la salle Dubois, le 7 juin 1913. Née de père inconnu, sa mère est décédée à 62 ans : celle-ci a eu sept enfants dont trois par accouchements normaux et quatre par application du forceps. Trois des enfants sont morts quelques jours après la naissance.

F..., M., a marché à 4 ans et elle a toujours bien marché. Réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été très régulière. Elle a fait une fièvre typhoïde à 22 ans.

Grossesses antérieures. — Mariée à 27 ans, elle a eu quatre grossesses antérieures. Le premier accouchement eut lieu en 1904 il se termina par un forceps et il donna un mort-né ; le deuxième fut un accouchement prématuré provoqué dans le service (près du terme) en 1906. Les deux autres ont été spontanés et se sont produits à terme en ville.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles remontent aux 27-30 août. Les mouvements actifs ont apparus dans la deuxième quinzaine de janvier. D'après ces renseignements, la grossesse est arrivée dans la deuxième quinzaine du neuvième mois. Il y a eu des vomissements pendant les trois premiers mois.

Le père est le même pour toutes les grossesses.

Examen du 7 juin 1913. — La taille mesure 1 m. 57 et le tronc 81 cm. Le quadrilatère obstétrical mesure :

Dans sa diagonale verticale : 3 + 7 = 10.
Dans sa diagonale horizontale : 5,5 + 5,5 = 11.

Le squelette est à peu près normal dans son ensemble. A noter cependant une courbure lombaire à concavité droite et une ensellure lombaire exagérée (légère antéversion du bassin).

Les diamètres du bassin mesurent :

Le Baudelocque	19,5
Le bis-épineux	24
Le bi-crêtal	26,5
Le bi-ischiatique	10
Le P P M	8,5

Le bassin est donc, aussi, *légèrement aplati.*

Le ventre présente une ligne brune prononcée et sa paroi est tendue. Sa forme est longitudinale et sa circonférence au niveau de l'ombilic, mesure 106 cm. L'utérus remonte à 38 cm. au-dessus de la symphyse pubienne et il est le siège de contractions indolores. L'enfant est en O I G P. et la tête est très mobile. L'auscultation vérifie le diagnostic de position.

La vulve montre une cicatrice de déchirure ancienne. Au toucher, le col est dans toute sa longueur et non ramolli ; il présente une déchirure à gauche et l'état de ses orifices permet l'introduction de la pulpe du doigt, Le segment inférieur est en formation et la partie accessible du fœtus est un sommet.

Les seins sont bien conformés : leurs mamelons sont saillants et leur aréoles très pigmentées. Il existe un léger œdème malléolaire et des varices à la jambe gauche.

L'examen des divers organes est négatif. Pas d'albuminurie.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 9 juin, à 10 h. 30, le toucher montre un col ramolli, entr'ouvert et le doigt arrive sur une tête en O I G P. Pas d'engagement.

On introduit, dans le col, un *ballon de Champetier de Ribes*, de 60 c. c. Les contractions utérines légères apparaissent 2 heures après et à 15 heures le ballon est expulsé.

A 17 h. 30, on constate un col en voie d'effacement et une dilatation à 2 francs. On introduit un *second ballon* de 150 c. c. Un moment après, d'énergiques contractions apparaissent et durent jusqu'à 3 heures, le lendemain, moment où le ballon est expulsé. A ce moment, on donne 3 cachets *d'hypophyse* (0 gr. 10 d'extrait) à une demi-heure l'un de l'autre. Les contractions restent à peu près continues.

Le 10 juin, à 9 heures, on constate un col encore épais, dilaté comme une paume de main. La tête est mobile et ne déborde pas le pubis. Il n'y a pas d'amincissement de la portion gauche de la lèvre postérieure du col, ce qui fait soupçonner un placenta prœvia.

Les bruits du cœur sont bons, la femme n'est pas trop fatiguée, on abandonne le travail à lui-même.

A 10 heures se produit la rupture spontanée de la poche des eaux : le liquide amniotique est assez abondant. A 10 h. 15, on constate par le toucher que la tête tend à s'engager en asynclitisme antérieur. Les contractions sont énergiques.

A 14 heures, l'engagement en asynclitisme antérieur est fait et à 15 heures a lieu l'expulsion spontanée d'un fœtus du sexe masculin pesant 4.820 gr.

A 15 h. 20 se fait l'expulsion spontanée d'un placenta de 780 gr. et dont le petit lambeau mesure 6 cm.

L'enfant, qui présente une bosse séro-sanguine sur le pariétal droit et en avant, mesure 56 cm. de long et son état physique est excellent. Les diamètres de sa tête sont :

O F : 12	Sous O B : 9,5.
O M : 13.	Bi P : 10.
Sous M B :	Bi T : 8,5.
Sous O F : 11,5.	

Les *suites de couches* ont été des plus normales pour la mère et pour l'enfant.

*
* *

Observation XXXIII

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1006, série 2, 1913)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

III are. — Bassin aplati, allongement hypertrophique du col, prolapsus utérin, accouchement prématuré provoqué au début du 9e mois : ballons de Champetier de Ribes, souffrance du fœtus et terminaison par une dilatation à la Bonnaire une version podalique par manœuvres internes et un Champetier de Ribes.

S..., M., 38 ans, entre salle Dubois, le 6 mai 1913. Son père est décédé asthmatique, sa mère est bien portante : ils ont eu douze enfants dont cinq sont morts en bas âge d'affection indéterminée ; un autre est mort de tuberculose, à 25 ans ; un septième, enfin, est mort de phlébite à 40 ans. Les cinq autres enfants sont bien portants.

S..., M., a marché à 12 mois et elle a toujours bien marché. Réglée à 15 ans, sa menstruation a toujours été très régulière.

Grossesses antérieures. — Mariée à 22 ans, elle eut, deux ans après, une première grossesse qui, du 2e au 7e mois, se compliqua d'une paraplégie. La malade fut soignée, à cette occasion,

salle Andral, par M. le Professeur Cochez, à deux reprises différentes : le traitement spécifique (frictions mercurielles) seul donna un bon résultat. La fin de la grossesse fut normale et l'accouchement eut lieu à terme : au cours de celui-ci, il se produisit de l'inertie utérine qui obligea l'accoucheur à compléter manuellement la dilatation et à terminer par un forceps, le tout sous anesthésie. Au moment de l'extraction, la femme ressenti une violente douleur dans les lombes. En outre, le périnée est déchiré : on néglige de le suturer.

Dès le lendemain de l'accouchement, une tumeur apparaît à la vulve et grossit au point de gêner la marche. Dans la suite, on a conseillé à la femme le port de pessaires : ils n'ont pu être supportés.

En 1906, la femme a une deuxième grossesse qui évolue normalement. Elle est venue accoucher dans le service et il se produisit, au cours du travail, des crises d'éclampsie qui obligèrent l'accoucheur à hâter le travail et à terminer par un forceps. On fait, après l'accouchement, le diagnostic de cystocèle.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 28 septembre au 1er octobre 1912 ; les mouvements actifs ont été perçus dans la deuxième quinzaine de février ; le fond de l'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic : nous sommes donc arrivés vers la fin du huitième mois. Jusqu'à présent, la grossesse a évolué normalement, malgré l'augmentation progressive de la tumeur qui fait saillie à la vulve.

Examen du 6 mai 1913. — A l'arrivée, dans le service, on constate la présence, à la vulve, d'une tumeur violacée, irrégulière, pyriforme et du volume d'un gros poing. Cette tumeur est constituée par les parois vaginales des culs de sac antérieur, postérieur et latéral gauche, retournés en doigt de gant. Le col de l'utérus est, lui aussi, prolabé et il a subi un allongement hypertrophique. Le doigt, pénétrant à droite de la tumeur dans une sorte de gouttière muqueuse ulcérée formée par la lèvre antérieure du col fortement œdématiée, arrive sur l'orifice interne : la longueur du col est de 11 cm. A l'orifice interne, perméable, on sent une tête mobile et une poche des eaux intacte mais plate.

La taille de la femme mesure 1 m. 50, le tronc 0 m. 80. Son squelette paraît normal dans son ensemble. Le quadrilatère obstétrical a les dimensions suivantes :

Diagonale verticale : 6+8 = 14.
Diagonale horizontale : 5 + 5 = 10.

Les diamètres externes du bassin mesurent :

Le Baudelocque	19
Le bis-épineux	23
Le bi-crêtal	27,5
Le bi-ischiatique	11,5

Il s'agit donc d'un *bassin aplati.* En raison de deux accouchements à terme antérieurs et dystociques, il y a lieu de se demander s'il n'est pas indiqué de provoquer l'accouchement prématuré.

L'abdomen est ovoïde et présente des vergetures et une ligne brune peu prononcées. La paroi du ventre est relâchée. L'utérus remonte à 34 cm. au-dessus du pubis et il est le siège de contractions indolores. La circonférence au niveau de l'ombilic mesure 99 cm. L'enfant est en O I D P et la tête n'est pas engagée.

L'auscultation confirme le diagnostic de la position.

A noter un léger œdème et des varices aux membres inférieurs. Les seins sont bien conformés ; les mamelons, sont saillants et les aréoles pigmentées.

7 mai. — Injections vaginales journalières, après réduction du prolapsus. La tumeur réduite, dans la position de Trendelenburg, est maintenue en place à l'aide d'un bandage en 8 de chiffre.

Pas d'albumine.

18 mai. — Dyspnée nocturne. Rien au cœur. Ventouses sèches, inhalations d'oxygène, caféine.

19 mai. — Dyspnée. Tension à la radiale : 12,5 — 6. Cœur mou : digitaline 1 p. 1.000, X gttes par jour, pendant cinq jours.

25 mai. — Le traitement digitalique paraît efficace : la dyspnée cesse, la femme se sent mieux.

2 juin. — La femme a des contractions utérines assez violentes: à 18 heures, il n'y a aucun début de travail.

Accouchement. — Le même jour, sur les conseils de M. le Professeur Rouvier, on provoque l'accouchement prématuré. A 18 heures 30, on introduit, dans le col qui est entr'ouvert, un *ballon de Champetier de Ribes* de 80 c. c. On réduit le prolapsus et on le maintient réduit, par un bandage en T. Durant une bonne partie de la nuit, les contractions utérines sont vives.

Le 3, à 8 heures, on retire le ballon qui est dans le vagin et on constate un ramollissement complet du col sans effacement et une dilatation comme une paume de main. L'enfant est en O I G P.

On introduit un *nouveau ballon de Champetier de Ribes* de

250 c. c. et on donne deux *cachets d'extrait d'hypophyse*, à une heure d'intervalle : les douleurs sont plus vives et plus rapprochées, le ballon est expulsé à 11 heures.

A ce moment, le toucher montre que la dilatation n'a pas progressé. Les bruits du cœur fœtal étant bons et la femme ayant de bonnes contractions, on décide d'attendre encore avant d'intervenir.

A 16 heures, constatant que la femme est fatiguée et que les bruits du cœur fœtal sont sourds, on complète la dilatation par la *méthode de Bonnaire*. Cette manœuvre est particulièrement pénible, l'effacement étant incomplet. La tête est très mobile, M. Dana, chef de clinique, décide de faire une *version* podalique par manœuvres internes. Le pied droit, puis le pied gauche sont amenés à la vulve et le siège est dégagé : anse au cordon qui ne bat plus. On hâte la terminaison de l'accouchement : les bras, complètement défléchis, sont abaissés par la manœuvre de Pajot. La tête ne descend pas : on essaye la *manœuvre de Champetier de Ribes :* l'utérus tétanisé et l'anneau de Baudl rétracté sur le cou ce n'est qu'avec de grandes difficultés qu'on arrive à l'extraire.

Durant tout l'accouchement, un aide a refoulé, le prolapsus. L'enfant arrive en asphyxie bleue : il est ranimé après deux heures de manœuvres diverses (bains chauds et froids, manœuvre de Schultze, respiration artificielle, inhalations d'oxygène, piqûres d'éther et de caféine).

Délivrance artificielle et injection intra-utérine au Tarnier.

L'enfant a eu, toute la nuit, un cri plaintif : il succombe finalement le lendemain, à 6 heures. Son poids est de 3.320 gr. Les dimensions de sa tête sont :

O F : 11.	Sous O B : 9.
O M : 12,5.	Bi-P : 8,7.
Sous M B : 10.	Bi T : 7.
Sous O F : 10.	

Sa longueur est de 50 cm. C'est un garçon.

Les *suites de couches* ont été normales pour la mère qui sort. le 5 juin, sous sa responsabilité.

*
* *

Observation XXXIV

(Clinique Obstétricale, Alger 1908)

I are. — Bassin en dextroversion marquée et uniformément rétréci ; accouchement prématuré provoqué à 7 mois et demi, terminaison par une dilatation à la Bonnaire et un forceps ; mort de l'enfant (1950 grammes).

I., C..., 16 ans, célibataire, entre à la Maternité d'Alger, le 14 janvier 1909. Sa mère est vivante et bien portante. Son père est mort d'affection indéterminée. Un frère bien portant.

I. a marché à 2 ans. Réglée à 14 ans et demi, sa menstruation a toujours été régulière.

Antécédents pathologiques. — Variole à 5 mois, rougeole à 4 ans. A 7 ans, paralysie qui survient « à la suite d'une peur » et qui oblige la malade à rester sans se lever, ni marcher jusqu'à 9 ans. Il y a un an, période fébrile avec température continue pendant un mois.

Pas de grossesse antérieure.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles remontent au 10-18 juin. Les rapports sexuels qui ont été à l'origine de la gravidité, se sont passés les premiers jours de juillet. La grossesse est arrivée au début du septième mois environ.

Jamais d'albumine.

Examen à l'entrée. — La taille mesure 1 m. 40, le tronc 73 cm. La peau, le cœur et le poumon sont normaux.

Pas d'œdème, ni de varices. L'abdomen a des parois fermes. L'enfant est en O I D P.

Les diamètres du bassin ont les dimensions suivantes :

Baudelocque	17,5
Bis-épineux	19
Bi-crêtal	23
Bi-ischiatique	8,5

Le 18 janvier, M. le Professeur Rouvier constate de la déviation du pli interfessier qui est oblique de haut en bas et de droite à gauche ; de la diminution de la convexité des vertèbres dorsales ; une légère déviation scoliotique au niveau des vertèbres lombaires et enfin une légère déviation de la vulve à gauche. Il y a aussi de l'abaissement du pli fessier droit et de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. L'échancrure costo-iliaque est plus marquée à droite.

La mensuration du quadrilatère obstétrical donne les résultats suivants :

Diagonale verticale : 11,5 = 4 + 7,5.
Diagonale horizontale : 10,5 = 5 + 5,5.

Diamètres obliques :

De l'épine il. ant. sup. g. à l'épine il. post. dr..... 20,5
De l'épine il. ant. sup. dr. à l'épine il. post. g..... 20 ,
De la tubérosité ischiatique gauche à l'ép. il. post. sup. dr. 15 ,
De la tubérosité ischiatique dr. à l'ép. il. p. s. gauche.... 15 ,
De l'apophyse ép. de la 5e V. lomb. à l'ép. il ant. sup. dr. 16 ,
— — — g. 17 ,
Du grand trochanter droit à l'ép. il. post. sup. g..... 19 ,
Du grand trochanter gauche à l'ép. il. post. sup. droite.... 19,5
Du sous-pubis à l'ép. post. sup. gauche..... 16,5
Du sous-pubis à l'ép. post. sup. droite..... 16,5
De l'ép. il. ant. sup. dr. à l'ép. il. post. sup. dr..... 14 ,
De l'ép. il. ant. sup. gauche à l'ép. il. post. sup. gauche.. 13,5

D'après tous les renseignements précédents, nous sommes donc en présence d'un bassin en dextro-version marquée, bassin asymétrique uniformément rétréci et de type oblique ovalaire. Il sera nécessaire de pratiquer une intervention, pour assurer l'issue du fœtus : on s'arrête à l'accouchement prématuré provoqué, pratiqué à 7 mois et demi.

16 janvier. — O I D P. Tête mobile.

P P M : 8 cm. 3 (M. Rouvier, M. Benhamou).

26 janvier. — O I D P.

29 janvier. — Tête mobile.

Le 1er février. — M. Dana introduit dans le col utérin et la cavité utérine une *sonde Kraüze*, après avoir constaté que le col est perméable : la femme a des douleurs toute la journée et elle expulse sa sonde le soir, à minuit.

Le 2 février. — Au matin, on constate que le col est complètement effacé et même que la dilatation est à 2 francs. La poche des eaux bombant et faisant ainsi office de ballon, on abandonne le travail à lui-même ; mais, pour activer les contractions utérines, on donne, à la femme, 0 gr. 75 de quinine.

Le soir, à la contre-visite, l'interne du service constatant que la dilatation avance très lentement, essaye de placer un ballon de *Champetier de Ribes* : mais la poche des eaux bombant trop, l'empêche de mener à bonne fin cette application. La

tête n'est toujours pas engagée ; on applique alors l'*excitateur de Tarnier*, avec une pression modérée. A la suite de cette application, la dilatation atteint une paume de main. La tête ne s'engage pas et reste très mobile au détroit supérieur. Les bruits du cœur fœtal sont sourds et précipités. Après avoir demandé conseil à M. le Professeur Rouvier, M. Dana intervient :

Sous l'anesthésie chloroformique, il pratique la *dilatation manuelle de Bonnaire* et la poche des eaux se rompant, active un peu l'engagement. On applique alors le *forceps* au détroit moyen et extrait, en O I G A, un enfant en état d'asphyxie blanche. Le nouveau-né est ranimé au bout de quelques instants.

On pratique la délivrance artificielle.

L'enfant, du sexe masculin, meurt peu de temps après sa naissance. Il pèse 1.950 gr. ; sa longueur totale est de 43 cm. Les diamètres de sa tête ont les dimensions suivantes :

O M : 12.	Bi P : 8.
O F : 11.	Bi T : 7.
S O B : 8,5.	S M B : 9,5.
S O F : 10.	

Suites de couches. — Après une dizaine de jours de diarrhée (purgatifs salins, puis bismuth et benzonaphtol), période coupée par deux petits accès de fièvre, la mère se remet rapidement. Elle sort, le 16 février, dans un très bon état.

*
* *

Observation XXXV

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1882, série 2, année 1915)

I pare, bassin généralement rétréci (PPM = 8,5). **Accouchement prématuré provoqué dans la 2e quinzaine du 9e mois** (ballons de Champetier de Ribes), **forceps dans l'excavation.**

M..., L., 28 ans, entre dans le service le 13 février 1915. Son père est mort tuberculeux pulmonaire, sa mère est décédée d'affection aiguë du poumon : ils ont eu huit enfants dont six sont morts d'affections indéterminées ; les deux autres sont vivants et atteints d'une affection oculaire.

M..., L., a toujours bien marché. Réglée à 14 ans, ses règles ont toujours été régulières. Elle a eu la rougeole dans son enfance, ainsi que de nombreux abcès sous-cutanés ou ganglion-

naires ; trachome compliqué depuis l'âge de 10 ans. Pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles ont eu lieu du 25 au 30 juin 1914. Les mouvements actifs ont été perçus, pour la première fois, dans la deuxième quinzaine de novembre. L'utérus remonte à 4 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. La grossesse semble arrivée au début du septième mois, d'après le volume de l'utérus.

Vomissements dès le début : ils persistent encore actuellement.

Examen du 13 février 1915. — La taille mesure 1 m. 75, le tronc 0 m. 725. Le squelette est bien conformé dans son ensemble et notamment dans la colonne vertébrale et les membres inférieurs.

Le quadrilatère obstétrical mesure :

Dans sa diagonale verticale : 3,5 + 6,5 = 10 cm.
Dans sa diagonale horizontale : 4,5 + 4,5 = 9 cm.

Les diamètres du bassin mesurent :

Le Baudelocque	18
Le bis-épineux	22
Le bi-crêtal	24,5
Le bi-ischiatique	9,5
Le P P M	8,5

Il s'agit donc d'un bassin rétréci.

La paroi du ventre est ferme et présente peu de vergetures. Ligne brune peu prononcée. Le fond de l'utérus est à 25 cm. au-dessus de la symphyse pubienne. L'enfant, très mobile, est en O I G P. Pas d'engagement.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col, dans toute sa longueur; a ses orifices fermés. Le segment inférieur est en formation.

La peau présente des cicatrices d'abcès dans la région cervicale et sur la partie antéro-supérieure de la cuisse gauche. Légères varices et œdème péri-malléolaire léger ; pas d'albumine dans les urines.

20 février. — Etant donné les dimensions du bassin, un fœtus à terme ne pourra jamais franchir la filière pelvienne. Il faudra provoquer l'accouchement avant le neuvième mois.

28 février. — Pas d'albumine dans les urines.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 14 avril, la femme a quelques douleurs très passagères.

Le 15, à 10 heures, on place, dans le col utérin, un *ballon de*

Champetier de Ribes de 20 c. c. Les douleurs ne tardent pas à apparaître et elles deviennent énergiques à 17 heures. Peu après, le ballon est expulsé : la dilatation est complète ; la tête est engagée en O I D P.

Après un temps d'attente, le travail ne progressant pas, on fait une application de *forceps* à 20 heures. Elle amène l'extraction d'un enfant du sexe masculin, pesant 2.380 grammes.

Délivrance artificielle : poids du placenta : 340 grammes.

L'enfant, né en bon état physique, mesure 48 cm. de long. Les diamètres de sa tête mesurent :

O F : 11.	Sous O F : 11.
O M : 12,5.	Bi P : 9.
Sous M B : 10.	Bi T : 7,5.
Sous O B : 9.	

Les *suites de couches*, très bonnes pour l'enfant, qui a été tonifié par des lavements quotidiens de Quinton, ont été marquées, pour la mère par une période de congestion pleuro-pulmonaire fébrile, ayant duré une dizaine de jours et ayant nécessité un traitement assez actif (ventouses sèches et scarifiées, etc.).

*
* *

Observation XXXVI

(Clinique obstétricale d'Alger, n° 1770, série 2, année 1914)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

IIIare, IV geste. - Bassin généralement rétréci (PPM = 8 cm 1) **avec antéversion pelvienne. Accouchements antérieurs dystociques : accouchement prématuré provoqué dans la 2e quinzaine du 9e mois avec version podalique et manœuvre de Champetier de Ribes**

I..., I., 30 ans, entre à la salle Dubois le 23 novembre 1914. Son père est mort. Sa mère est vivante et elle a eu quatre enfants tous vivants et bien portants.

Réglée à 15 ans, I..., I., a toujours eu des règles très régulières. Elle a eu la rougeole à 7 ans, la variole à 12 et, plus tard, du trachome.

Grossesses antérieures. — Deux grossesses suivies d'accouchement à terme et dystociques : version podalique par manœuvres internes avec manœuvre de Champetier de Ribes et forceps sur

la tête dernière dans le premier accouchement. Une fausse-couche spontanée de cinq mois, qui se place entre les deux grossesses.

Grossesse actuelle. — Les premiers mois ont été marqués par des vomissements. L'utérus remonte à 8 travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

Examen du 24 octobre. — La femme s'est présentée, un mois avant son entrée dans le service, à la consultation externe de la Clinique. L'examen complet, pratiqué à ce moment, montre que l'enfant se présente en O I G T, tête très mobile au détroit supérieur. Le quadrilatère obstétrical mesure :

Dans sa diagonale verticale : 6 + 6 = 12 cm.
Dans sa diagonale horizontale : 5,5 + 5,5 = 11 cm.

Il est parfaitement symétrique.

La pelvimétrie donne les dimensions suivantes :

Diamètre de Baudelocque	19 cm.
Diamètre bis-épineux	23 cm.
Diamètre bi-crêtal	24,5
Diamètre bi-ischiatique	20 cm.
P P M	8 cm. 1

L'ensellure lombaire est très prononcée. Il s'agit donc d'un bassin généralement rétréci avec antéversion.

L'examen des divers appareils est négatif. Les urines ne contiennent pas d'albumine.

23 novembre. — La femme entre dans le service. Etant donné les dimensions du bassin et le volume du fœtus, M. le Professeur Rouvier décide de pratiquer l'accouchement prématuré provoqué. L'enfant se présente en O I G A. Désinfection vulvo-vaginale.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 24 novembre, à 10 heures 30, on introduit un *ballon de Champetier de Ribes* dans le col. A 12 h. 30, quelques contractions utérines apparaissent et, à 14 h. 30, le ballon est expulsé. Le toucher montre, à ce moment, que le col est en voie d'effacement et que les orifices sont largement perméables : la dilatation est de 2 francs.

On place un *deuxième ballon*, de 120 c. c. ; il est expulsé à 13 h. 30 : la dilatation est d'une paume de main. On introduit un *troisième ballon* entre le col et la présentation : à partir de ce moment, les contractions sont très énergiques.

A 21 heures, on trouve le troisième ballon dans le vagin et on le retire. La dilatation est complète, la poche des eaux est intacte ; pas d'engagement.

On place la femme dans la *position de Jonges-Devraigne*, en raison de l'anté-version et on rompt la poche des eaux en empêchant la sortie brusque du liquide. La tête ne s'engage pas : on pratique la *version* podalique par manœuvres internes. M. le Dr Pouget, Chef de clinique, amène le pied droit, puis le pied gauche à la vulve ; l'évolution se fait facilement. On dégage le tronc, et on fait la *manœuvre de Champetier de Ribes* pour faire passer la tête au détroit supérieur. L'enfant, du sexe féminin, naît avec un bon état physique. Il pèse 2.970 grammes.

La délivrance se fait normalement. Le placenta pèse 560 gr.

L'enfant mesure 47 cm. de long. Les diamètres de sa tête ont les dimensions suivantes :

O F : 10,5.	Sous O B : 10.
O M : 11,5.	Bi P : 9.
Sous M B : 10.	Bi T : 7,6.
Sous O F : 10,5.	

Les *suites de couches* ont été très bonnes pour la mère et l'enfant.

*
* *

Observation XXXVII

(Clinique Obstétricale d'Alger. N° 1484, série 2, année 1914)

II are. — Crise d'œdème aigu du poumon ; accouchement prématuré provoqué (ballons de Champetier de Ribes) **; terminaison artificielle de l'accouchement** (dilatation bimanuelle, version, délivrance artificielle).

M., M..., 30 ans, entre dans le service le 6 mai 1914. Son père et sa mère sont vivants et bien portants : ils ont eu sept enfants qui, tous, sont vivants et bien portants.

M., M..., a été réglée à 16 ans et elle a toujours été bien réglée. Elle a eu la rougeole en bas âge et une poussée rhumatismale aiguë il y a cinq ans. Mariée à 27 ans, elle a eu une grossesse antérieure terminée à terme, par un accouchement dystocique (forceps dans le service).

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 26 au 30 août. Le fond utérin est à 7 travers de doigts au-dessus de l'ombilic : la grossesse semble donc arrivée près du terme.

Examen du 6 mai 1914. — Le ventre, en besace, présente une ligne brune peu prononcée. Le fond de l'utérus remonte à 34 cm.

au-dessus de la symphyse pubienne. L'enfant est en O I G A, tête non engagée. Les seins sont bien conformés. Les membres inférieurs présentent de l'œdème mais les urines ne contiennent pas d'albumine.

Brusquement, au cours de l'examen, la femme est prise d'une violente crise de dyspnée. Les levres se cyanosent et les extrémités se violacent. Après une auscultation rapide du poumon, on pose le diagnostic d'œdème aigu du poumon. On pratique immédiatement une saignée abondante et on pose des ventouses scarifiées aux deux bases pulmonaires. Inhalation continue et injections sous-cutanées d'oxygène, huile camphrée.

Peu après, on observe des signes de relâchement du sphincter anal. Les urines, recueillies par cathétérisme, sont claires et ne contiennent pas d'albumine.

La crise dure une heure environ. Dès qu'elle est terminée, M. le Professeur Rouvier ordonne de provoquer l'accouchement prématuré.

Accouchement prématuré provoqué. — A 11 heures, on introduit dans le col un *ballon de Champetier de Ribes* de 20 c. c. Cette introduction est assez facile car le col est entr'ouvert. L'enfant se présente en O I G A, tête très mobile.

A 12 h. 30, de légères contractions utérines apparaissent. A 14 heures, le ballon est expulsé : le col est ramolli, la dilatation est de 2 francs. On place un *deuxième ballon* de 60 c. c. : les douleurs deviennent plus vives.

A 16 heures, le 2e ballon est expulsé, la dilatation est de 5 francs ; le col est ramolli et dilatable. M. le Dr Dana, Chef de clinique, décide de terminer l'accouchement ; les bruits du cœur fœtal ne sont perçus nulle part ; la palpation de la paroi abdominale, très épaisse et œdématisée, ne permet pas de faire un diagnostic de position.

Sous chloroformisation à la reine, on complète la dilatation par la *méthode de Bonnaire* et on rompt la poche des eaux : la tête descend en O I G A, mais elle ne se fixe pas. On tente prudemment un *forceps au détroit supérieur :* les tractions prudentes ne faisant pas avancer la tête, on la refoule et on fait une version podalique par manœuvres internes. Le Mauriceau échoue, on fait un forceps sur la tête dernière qui est extraite au prix de très grandes difficultés. Le fœtus, mort, pèse 3.820 grammes.

Délivrance artificielle immédiate : le placenta pèse 520 gr. et présente des infarctus blancs.

Légère éraillure de la fourchette vulvaire.

L'enfant, du sexe masculin, mesure 54 cm. de long. Les diamètres céphaliques sont :

O F : 11 cm. 5.	Sous O B : 10.
O M : 13 cm.	Bi P : 9,5.
Sous M B : 10 cm.	Bi T : 8.
Sous O F : 10 cm. 5.	

Suites de couches. — Pendant la crise dyspnéique, la tension radiale était, au Pachon, de 24-9. Le 7 mai, elle est de 19-9 ; le 8 mai, de 17-9 ; le 12, de 16-8 ; le 14, de 15-8 ; le 16, de 14-8. L'examen du cœur et des poumons a toujours été négatif. En raison d'un peu de céphalée et de la fétidité des selles, on a fait quelques lavages intestinaux. L'analyse des urines a donné une forte diminution de l'urée (14 gr. 89 par jour) et des chlorures (12 gr. 95 par jour) ; le volume des urines était 2.000 le jour de l'analyse.

*
* *

Observation XXXVIII

(Clinique Obstétricale d'Alger, n° 1400, série 2, année 1914)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Bit)

II pare. — Accidents gravido-cardiaques. Accouchement prématuré provoqué à l'aide des ballons de Champetier de Ribes ; terminaison de la dilatation par la méthode de Bonnaire ; version ; délivrance artificielle.

H..., L., 38 ans, entre à la salle Dubois, le 3 mars 1914. Sa mère est morte à 46 ans, d'angine de poitrine. Son père, âgé de 68 ans, est rhumatisant. Une sœur, âgée de 37 ans, en bonne santé.

H..., L., a marché à 12 mois et elle a toujours bien marché. Réglée à 12 ans, sa menstruation a toujours été très régulière. Sujette, depuis une dizaine d'années, aux bronchites et aux angines, elle a fait, en juin 1913, une pneumonie qui la tint 23 jours au lit. Il y a dix ans aussi, environ, elle a commencé à voir ses jambes enfler, le soir, autour des malléoles. En même temps, apparurent des palpitations, de la dyspnée d'effort, de l'angoisse précordiale. Les moindres efforts sont la source de malaises et de fatigue : cet état, malgré quelques rares moments d'amélioration, est allé en s'accentuant jusqu'à ce jour.

Mariée à 21 ans, notre femme a une seule grossesse antérieure.

Normale, elle fut terminée à terme par un accouchement eutocique (sommet).

Les dernières règles ont eu lieu du 20 au 24 août : la grossesse est donc arrivée vers la fin du sixième mois.

Examen du 4 mars 1914. — Le squelette est normal, le bassin est ample et en général bien conformé. Le fœtus est en sommet très mobile au détroit supérieur.

La femme, très dyspnéique, présente une légère cyanose des lèvres et des extrémités. Il existe un œdème mou et dépressible des jambes. Ces signes se sont nettement amplifiés depuis le début de la grossesse. A noter, encore, un amaigrissement considérable.

A la palpation de la région précordiale, le choc de la pointe est très difficilement perceptible. A l'auscultation, on perçoit un souffle au premier temps à la mitrale et à la tricuspide.

Le foie est gros, non douloureux : il n'est pas animé de battements.

L'auscultation des poumons fait percevoir des râles d'œdème et de congestion au niveau des deux tiers inférieurs des deux poumons. Il existe, actuellement, des crachats hémoptoïques.

Les urines sont peu abondantes.

La tension radiale au Pachon est de 6-9. Le pouls est à 96. La viscosité : 4,4.

7 mars. — L'état du cœur est mauvais et la malade de plus en plus fatiguée. On décide de provoquer sans retard *l'accouchement prématuré.*

A 8 heures, le col est largement ouvert : on introduit dans sa lumière, un *ballon de Champetier de Ribes* de 170 gr. Les contractions utérines apparaissent une heure après. A 14 heures, on remplace le ballon précédent par un autre de 260 gr. : la femme présente des douleurs plus vives. A 16 heures, on retire le ballon : l'effacement du col est presque complet, son orifice est dilaté comme une paume de main. On achève, sous anesthésie, la dilatation par la *méthode de Bonnaire*, on rompt la poche des eaux et on pratique la *version* podalique par manœuvres internes. Celle-ci est aisée ; elle conduit à l'extraction d'un fœtus du sexe masculin pesant 1.100 grammes et qui succombera peu de temps après.

Délivrance artificielle ; le placenta pèse 270 gr.

Pendant tout le travail et après l'état est satisfaisant. La tension qui, avant la mise en place du premier ballon, était de 7,5 — 11 à la radiale est, maintenant, 7,5 — 10. Le pouls est à 96.

Le lendemain, la tension radiale est 7,5 — 10. Le pouls : 96.

Au quatrième jour, la femme fait une brusque ascension de température. Celle-ci se renouvelle le sixième jour, mais elle est un peu plus modérée.

Le 13 mars, la malade est évacuée en médecine. Nous avons appris qu'elle est morte quelque temps après de broncho-pneumonie chez elle.

*
* *

Observation XXXIX

(Clinique obstétricale, d'Alger, n° 1929, série 2, année 1915)
(Recueillie par Mlle Vandomber et M. Pouget)

I pare. — Bassin aplati ; accouchement prématuré provoqué dans la 1re quinzaine du 9e mois (ballon de Champetier de Ribes), **terminaison artificielle du travail** (dilatation bimanuelle, version, manœuvre de Champetier de Ribes, forceps sur la tête dernière), **mort du fœtus.**

M..., O., indigène, 26 ans, entre à la salle Dubois, le 16 mars 1915. Son père et sa mère sont vivants et bien portants : ils ont eu 8 enfants dont deux sont morts en bas âge et un des suites de couches ; les cinq autres sont bien portants.

Réglée à 13 ans, M..., O., a toujours été bien réglée. Elle a eu la variole en bas âge. Mariée à 12 ans, elle n'a pas eu de grossesse antérieure.

Grossesse. — L'état de gravidité utérine a été marquée, dès le début et jusqu'à ce jour, par des vomissements tenaces. Il y a eu aussi de nombreux accès palustres.

Les dernières règles ont eu lieu du 24 au 28 juillet 1914. Les mouvements actifs ont été perçus au début du mois de novembre. L'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. D'après ces données, la grossesse est arrivée au milieu de la première quinzaine du huitième mois.

Examen du 16 mars 1915. — La taille mesure 1 m. 47 et le tronc 0 m. 80. Le squelette, en général bien conformé notamment dans les membres inférieurs, présente des nouures au niveau des côtes.

Le quadrilatère obstétrical mesure :

Dans sa diagonale verticale : 5,5 + 6,5 = 12 cm.
Dans sa diagonale horizontale : 5 + 5 = 10 cm.

Il est symétrique.

La pelvimétrie donne les résultats suivants :

Diamètre de Baudelocque	18
Diamètre bis-épineux	25,5
Diamètre bi-crêtal	28
Diamètre bi-ischiatique	10
P P M	8,7

Il s'agit donc d'un bassin aplati, rachitique.

Le ventre est ferme, sans vergetures. Le fond de l'utérus est à 24 cm. au-dessus de la symphyse pubienne. L'enfant se présnte en O I G A ; pas d'engagement.

La vulve et le vagin sont normaux. Le col, dans toute sa longueur, a des orifices fermés. Le segment inférieur est formé.

Pas d'albumine dans les urines. Examen des divers appareils négatifs.

19 mars. — O..., M., vomit, après chaque repas, depuis le jour de son entrée dans le service. Lavage intestinal de dix litres : les cinq premiers litres sont rejetés clairs, les cinq autres sont rejetés sales et fétides.

Le soir, tension radiale au Pachon : 10-5 ; 2e lavage intestinal.

20 mars. — Plus de vomissements. Lavage intestinal de 4 litres rejeté clair ; deux injections d'adrénaline (0,5 c. c.). Tension, le soir, 10-5.

21 mars. — Vomissement le matin ; deux injections de 0,05 c. c. d'adrénaline. Pas d'albumine dans les urines.

22 mars. — Vomissements toute la journée ; une injection de 0,5 c. c. d'adrénaline. Température 36°6, 38°2. Lavement. Tension radiale : 11-5.

23 mars. — Vomissements ; deux injonctions de 1 c.c. d'adrénaline. Température 36°4 le matin.

24 mars. — Vomissements ; deux piqûres d'adrénaline (0,5 c. c.).

25 mars. — Vomissements; deux piqûres d'adrénaline (0,5 c. c.).

26 mars. — Vomissements dans la journée, nuit bonne ; deux piqûres d'adrénaline, lavement au sérum de Quinton.

27 mars. — Amélioration ; deux piqûres d'adrénaline (0,5 c. c.).

L'analyse des urines donne les résultats suivants (urines de 24 heures) :

Volume : 2.450 c. c.
Réaction : alcaline.
Urée : 26 gr. 66 par 24 heures.
Albumine : néant.
Glucose : néant.
Bile, sang, urobiline, indican : néant.
Chlorures : 12 gr. 528 par 24 heures.

28 mars. — Deux piqûres d'adrénaline (0,5 c. c.). La femme a pu s'alimenter (purée de pommes de terre et petits pois) sans vomir.

29 mars. — La nuit du 28 au 29 a été bonne. Pas de vomissements dans la journée, mais céphalée. Deux piqûres de 0,5 c. c. d'adrénaline et lavement de sérum de Quinton.

5 avril. — Pas d'albumine dans les urines. On décide de provoquer l'accouchement prématuré dans une dizaine de jours.

Accouchement prématuré provoqué. — Le 14 avril, à 17 heures, on introduit, dans le col, dont les orifices sont perméables, un *ballon de Champetier de Ribes.*

Le 15, à 8 heures, ce ballon est expulsé : le col est effacé, la dilatation est de 2 francs. La poche des eaux bombant fortement et semblant vouloir faire office de ballon, M. le Professeur Rouvier décide d'abandonner le travail à lui-même en le surveillant : les contractions se produisent toutes les 5 minutes en moyenne et durent de 35 à 40 secondes.

A 17 heures, l'amincissement est complet et la dilatation est de 5 francs. La femme est épuisée, les bruits du cœur fœtal sont irréguliers : on décide de hâter l'accouchement.

Sous anesthésie à l'éther, on complète la dilatation par la *méthode de Bonnaire* et on rompt la poche des eaux. La tête ne s'engage pas ; elle est en O I D P. On pratique la *version* : les deux pieds sont amenés à la vulve sans difficulté ; le corps est extrait, le cordon ne bat plus. La tête étant retenue au détroit supérieur, on pratique la *manœuvre de Champetier de Ribes* sans trop de difficulté. Echec de la manœuvre de Mauriceau : forceps sur la tête dernière. L'enfant est extrait en état de mort apparente. Il présente encore quelques frémissements cardiaques mais il ne peut être ranimé.

Délivrance artificielle : le placenta pèse 450 grammes.

L'enfant, du sexe féminin, mesure 49 cm. et pèse 2.840 grammes. Ses diamètres céphaliques sont :

O F : 10.	Sous O B : 9.
O M : 11,5.	Bi P : 7.
Sous M B : 10,5.	Bi T : 6,5.
Sous O F : 10,5.	

Les *suites de couches* ont été des plus normales.

*
* *

Observation XL

(Clinique Obstétricale, Alger, 1908)

I pare. — Rétrécissement du bassin avec asymétrie et légère dextroversion ; accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2, terminaison par un forceps, enfant mort-né.

L., L..., 22 ans, mariée, entre à la Maternité d'Alger, le 8 janvier 1908. Sa mère, bien portante, a eu 3 garçons et 2 filles, actuellement bien portants : tous les accouchements ont été eutociques et se sont faits à terme. Père mort tuberculeux.

L., L..., a marché à 14 mois et ne s'est jamais arrêtée dans sa marche. Réglée à 14 ans, elle a une menstruation très régulière. Elle a eu la variole, la rougeole et la fièvre typhoïde dans son jeune âge.

Mariage à 21 ans. Pas de grossesse antérieure.

Grossesse. — Les dernières règles remontent au 25-30 avril 1907. Les mouvements actifs ont été perçus vers la deuxième quinzaine du mois d'août. L'utérus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. D'après ces données, la grossesse est arrivée à la deuxième quinzaine du huitième mois.

Jamais d'albumine.

Examen à l'entrée. — La taille mesure 1 m. 40. La peau est peu pigmentée ; elle présente, sur l'abdomen, quelques vergetures. Le cœur et les poumons sont normaux ; pas d'œdème, ni de varices. Les seins sont bien conformés ; les mamelons sont peu développés ; l'aréole pigmentée est très brune. L'abdomen est globuleux, ses parois sont peu souples.

La présentation est un sommet mobile en O I G P. La tête est très mobile au détroit supérieur et déborde légèrement la branche horizontale du pubis.

Le squelette est à peu près normal ; à noter, cependant, une exagération de la concavité sacrée.

Les diamètres du bassin ont les dimensions suivantes :

Baudelocque	17,7
Bis-épineux	22
Bi-crêtal	25,2
Bi-ischiatique	7,4
P P M	7,9

L'angle sacro-vertébral est très élevé ; le toucher permet de constater la très grande mobilité du coccyx.

Les diamètres obliques mesurent :

De l'ép. il. ant. sup. g. à l'ép. il. post. sup. dr..... 20,1
De l'ép. il. ant. sup. dr. à l'ép. il. post. sup. gauche..... 18,7
De la turérosité ischiatique dr. à l'ép. post. sup. gauche.. 15,8
De la tubérosité ischiatique g. à l'ép. post. sup. droite.... 15,5
De l'apophyse épineuse de la 5e lombaire à l'épine il. ant. sup. droite..... 17,7
De l'apophyse épineuse de la 5e lombaire à l'épine il. ant. sup. gauche..... 17,6
Du grand tronchanter droit à l'ép. post. sup. g..... 21,9
Du grand trochanter gauche à l'ép. post. sup. dr..... 21,6
Du sous-pubis à l'ép. post. sup. dr..... 16,6
Du sous-pubis à l'ép. post. sup. gauche..... 16,2

La jambe gauche est plus longue que l'autre. L'angle droit du quadrilatère obstétrical est légèrement abaissé. La vulve regarde légèrement à gauche.

La radiographie montre que le diamètre oblique le plus court est le droit. Elle montre aussi une asymétrie du bassin.

En conclusion, nous avons affaire à un bassin généralement rétréci, avec asymétrie et légère dextroversion. On décide de provoquer l'accouchement prématuré au cours de la première quinzaine du neuvième mois.

Accouchement. — Le 17 janvier, à 9 heures du matin, on place un *colpeurynter*. Les douleurs paraissent légères et rares. Le lendemain, mettant à profit la perméabilité du col, on place *in utero* un *ballon de Champetier de Ribes*. La dilatation commence le soir, à 6 heures.

L'enfant est en O I G A.

Le 18 janvier, à 4 h. du soir, M. le Dr Pélissard, chef de clinique, fait enlever le ballon : la dilatation n'est guère avancée, mais le col paraît facilement dilatable. *Dilatation bi-manuelle* par la *méthode de Bonnaire*, relativement assez facile ; rupture artificielle de la poche des eaux à dilatation complète : la tête est dans l'excavation en O I G A. Celle-ci ne descend pas ; on fait une application de *forceps*.

Malgré une traction intense, la tête progresse très difficilement et on voit un mouvement de rotation en O S se dessiner. On facilite cette rotation et la tête en O S, on fait une deuxième application de forceps : on extrait alors, relativement assez facilement, un enfant du sexe masculin. Celui-ci en asphyxie blanche ne peut être ranimé. Le cordon faisait deux circulaires autour du cou.

Au moment de l'extraction de la tête, le col de l'utérus, non entièrement effacé et formant un bourrelet a été déchiré du côté droit. Le périnée est également déchiré.

L'examen, à l'aide de valves, montre que la déchirure du col est latérale droite et qu'elle arrive jusqu'au cul de sac vaginal du même côté, mais sans l'intéresser. L'utérus étant très abaissé et très facilement abordable par la voie vaginale, on peut faire sans difficulté la suture du col. On répare aussi le périnée.

La délivrance s'était faite antérieurement et spontanément.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 2.670 gr. Les diamètres de sa tête ont les dimensions suivantes :

O M : 12.
O F : 10,5.
S O B : 8.
S O F : 10.
Bi P : 8.
Bi T : 7,5.
S M B : 8,9.

Suites de couches. — La femme fait, le troisième jour, une ascension thermique à 38°, due à la constipation : tout rendre dans l'ordre, à la suite de lavements et d'une purge saline. Elle sort en très bon état, le 16 janvier

*
* *

Observation XLI

(Clinique Obstétricale, 1912, n° 640, série 2)

I are. — Bassin asymétrique en antéversion avec dextro-version PPM = 10 cm chez une claudicante ; accouchement prématuré provoqué 10 à 15 jours avant le terme.

S..., J., 32 ans, célibataire, entre dans le service, le 16 juillet 1912.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une attaque d'apoplexie, mère morte du choléra ; 2 frères ou sœurs sont vivants et bien portants ; seule, la malade est infirme.

Antécédents physiologiques. — J..., a marché de bonne heure et a cessé brusquement de marcher à 2 ans. Réglée à 12 ans, sa menstruation a toujours été régulière.

Antécédents pathologiques. — Pneumonie à 25 ans.
Pas de grossesse antérieure.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles remontent au 25-30 octobre 1911 (la femme ne peut cependant pas l'affirmer). L'uté-

rus remonte à 6 travers de doigts au-dessus de l'ombilic. La grossesse semble arrivée dans la deuxième quinzaine du neuvième mois.

Les trois premiers mois de la gestation ont été marqués par des vomissements.

Examen du 17 juillet 1912. — Le faciès est bon. La taille mesure 1 m. 50 et le tronc 80 cm. Les membres inférieurs présentent de l'œdème ; pas de varices. Le ventre ne montre pas de vergetures, la ligne brune est très prononcée. L'utérus remonte à 32 cm. au-dessus de l'ombilic, il présente des contractions indolores. L'enfant se présente par le sommet en O I G P, membres défléchis. Les bruits du cœur fœtal sont perçus en arrière de la ligne ombilico-épineuse ant. sup. gauche.

Les seins sont bien conformés, leur mamelon est saillant. L'aréole est fortement pigmentée.

Au toucher, le col est dans toute sa longueur.

La mensuration des diamètres du bassin donne les résultats suivants :

Baudelocque	19,5
Bis-épineux	23,5
Bi-crêtal	25,5
Bi-ischiatique	8
P P M	10

De l'ép. il. ant. sup. dr. à l'ép: il. post. gauche	21,5
De l'ép. il. ant. sup. gauche à l'ép. il. post. droite	22
De la tubérosité ischiatique dr. à l'ép. post. gauche	18
De la tubérosité ischiatique gauche à l'ép. post. droite	19,5
De l'apophyse épineuse de la 5e lombaire à l'épine il. ant. sup. droite	19
De l'apophyse épineuse de la 5e lombaire à l'épine il. ant. sup. gauche	19
Du grand trochanter dr, à l'ép. post, sup. g.	21,5
Du grand trochanter gauche à l'ép. post. sup. droite	21
Du sous-pubis à l'ép. post. sup. dr.	20,5
Du sous-pubis à l'ép. post. sup. gauche	21
De l'ép. il. ant. sup. g. à la symphyse pubienne	14
De l'ép. il. ant. sup. dr. à la symphyse pubienne	14

La mensuration des membres donne :

De l'ép. il. ant. sup. dr. à la pointe de la malléole externe.	75,5
De l'ép. il. ant. sup. g. à la pointe de la malléole externe.	75,5
De l'ép. il. ant. sup. dr. à la pointe de la rotule	41
De l'ép. il. ant. sup. g. à la pointe de la rotule	41

La femme marche en boitant depuis l'âge de deux ans. On constate que, pendant la marche, elle s'appuie fortement sur la jambe gauche et jette le corps du même côté. La ligne interfessière est déviée et oblique de haut en bas et de droite à gauche. La fesse droite est plus volumineuse que la gauche : celle-ci est aplatie. Le pli fessier gauche est effacé, celui de droite est abaissé. La vulve regarde en arrière, en bas et à gauche. Il existe une lordose lombo-sacrée avec très légère scoliose dorso-lombaire à concavité droite : celle-ci est accompagnée d'une rotation du tronc qui est dejeté sur le côté droit.

On peut conclure, de tous les renseignements précédents, qu'il s'agit d'un bassin asymétrique, avec anté-version et dextro-version.

Le 18 juillet, après examen, M. le Dr Fuster, chargé du service, décide de provoquer un accouchement prématuré, à 8 mois et demi : l'accouchement semble devoir se faire seul à ce moment, en raison du volume de la tête fœtale.

Les 19, 20, 21 et 22 juillet, on prépare l'intervention : bains, savonnages vulvaires et lavages vaginaux répétés.

Accouchement. — Le 23 juillet, à 10 heures du matin, l'examen montre que le col est fermé, qu'il n'y a pas d'effacement. Pas de douleurs, pas de pertes d'eau : en un mot, le travail n'est pas commencé. On place un *colpeurynter* dans le vagin.

A 17 heures, la femme a eu de légères contractions et le col est entr'ouvert. On place dans celui-ci une *sonde de Kraüze* et on fait un *tamponnement vaginal*, tant pour maintenir la sonde que pour faire office de colpeurynter. A 21 heures, les contractions allant s'exagérant, on enlève le tampon et la sonde. La dilatation est de un franc environ ; l'effacement n'est pas terminé.

Le 24. — On place un *ballon de Tarnier* dans l'utérus : la poche des eaux est et reste intacte. Tamponnement vaginal.

A 15 heures, l'interne du service enlève le tampon et le ballon et constate que la poche des eaux est rompue. La dilatation est de 2 francs ; la tête est en O I G A, bien engagée. Les contractions étant très vives, on abondonne le travail à lui-même en donnant toutefois un peu de *sirop de sucre*.

A 18 heures, la dilatation est complète.

A 19 heures se fait l'expulsion spontanée du fœtus en O P. L'enfant du sexe masculin nait en asphyxie blanche en raison d'une circulaire cervical très serré. Il est ranimé par les soins de Mme la maîtresse sage-femme grâce à des bains chauds et froids, de la respiration artificielle, de l'insufflation, des inhalations d'oxygène.

Le poids de l'enfant est de 3.060 grammes. Les diamètres de sa tête mesurent :

O F : 11 cm. 5.
O M : 12,5.
Sous M B : 10,5.
Sous O F : 10.
Sous O B : 9,5.
Bi P : 9,5.
Bi T : 8.

La délivrance se fait spontanément et sans accident.

Suites de couches. — La femme a présenté des crevasses aux seins et de l'œdème des petites lèvres : la température s'est élevée à 38°1 d'une façon tout à fait passagère.

L'enfant pèse 2 kg. 800 le 5e jour, 3.050 gr. le 10e jour et 3.100 gr. le 11e jour.

L'un et l'autre quittent le service en très bon état le 4 août.

Dans nos observations, *l'excitateur de Tarnier* a été employé deux fois (observ. I et XXXIV) : dans les deux cas, on a été obligé de compléter la dilatation par la méthode de Bonnaire ; il n'y a pas eu d'accident.

Le *colpeurynter* a été employé six fois (observ. V, VI, XI et XV, XL et XLI) : dans quatre cas, il a paru utile, dans l'un son effet n'est pas mentionné mais n'a pas dû être bien marqué, dans le 6e, il n'a eu aucune action.

Le *ballon de Tarnier* a été mis en œuvre neuf fois (observ. I, VII inclus à XI inclus, XLI, XXVI). Il s'est rompu une fois (observ. I) et on a dû terminer l'accouchement artificiellement. Il a donné des succès complets (observ. VII, VIII, IX) ; d'autres fois, il a fallu compléter manuellement (observ. X) ou à l'aide du ballon de Champetier de Ribes (Observ. XI) la dilatation. Une fois, il n'a pas tenu au-dessus du col (observ. XXVI). Associé au sirop de sucre, au colpeurynter, il a donné un bon résultat (observ. XLI). Chaque fois que le col était imperméable, on a d'abord employé la sonde de Kraüse.

La *bougie de Kraüse* a été employée 27 fois (observ. II incluse à XXV incluse et XLI). 4 fois elle a donné, à elle seule, un travail définitif (observ. II, III et IV). Dans

les autres cas, on a dû l'associer au colpeurynter, au ballon de Tarnier ou à celui de Champetier de Ribes, à la quinine ou à l'hypophysine. L'impression générale qui se dégage est qu'elle est très utile pour amener la perméabilité du col et les premières douleurs, mais que celles-ci gagnent, ensuite, à l'emploi des ballons ou même du colpeurynter. Elle n'a jamais donné d'accident. Son emploi paraît simple.

Le ballon (ou les ballons successifs) *de Champetier de Ribes* a été employé 21 fois. 6 fois on associé son emploi à celui préalable de la bougie de Kraüse (observ. XII, XIII, XIV, XXIII, XXIV, XXV). 2 fois on l'a associé à la bougie de Kraüse et au colpeurynter (observ. XV et XVI), une fois avec succès complet, une fois avec succès incomplet (XVI). 4 fois on l'a associé à la bougie de Kraüse et à l'hypophyse avec deux succès (obs. XVII et XVIII) et deux terminaisons artificielles (obs. XIX et XX). Une fois on l'a associé à la bougie de Kraüse, l'hypophyse et la quinine avec terminaison artificielle (observ. XXI). 1 fois on l'a asocié à la sonde de Kraüse, l'hypophyse, le Gigli et le forceps élevé (obs. XXII). 2 fois il a été employé seul avec succès complet (observ. XVI et XVII). Il a amené le travail après échec de l'hypophyse dans un cas de rupture des membranes (obs. XXVIII). 5 fois il a été associé à l'hypophyse avec 4 terminaisons spontanées du travail (obs. XXIX, XXX, XXXI et XXXII) et une artificielle (obs. XXXIII). 1 fois, il a été associé à l'excitateur de Tarnier et la quinine avec terminaison artificielle (observ. XXXIV). 5 fois, employé seul, la terminaison de l'accouchement s'est faite artificiellement (XXXV, XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX). 1 fois l'emploi préalable du colpeurynter a permis de se dispenser de la sonde de Kraüse (observ. XL). 1 fois il semble que l'emploi plus prolongé du colpeurynter eût permis de s'abstenir de la bougie de Kraüse (obs. XLI). L'impression générale qui se dégage est que le ballon de Champetier est

l'instrument qui nous permette de provoquer avec le plus de sûreté le travail définitif dans l'accouchement prématuré.

43 enfants sont nés de nos accouchements prématurés. 26 ont quitté le service, bien portants, souvent après avoir été tonifiés par le sérum de Quinton, employé en lavements ou en injections sous-cutanées (60,5 %). Pour quatre, les renseignements ne sont pas assez explicites : dans le cas de grossesse gémellaire, les poids ne sont indiqués que jusqu'au sixième jour pour l'un des enfants et jusqu'au douzième pour l'autre. 7 enfants sont morts dans les premières heures (16,28 %) et 6 sont morts-nés (13,95 %). Parmi les morts-nés, nous n'avons qu'un accouchement spontané, avec enfant de 2.740 gr. ; tous les autres accouchements ont été terminés artificiellement, par une version ou un forceps difficile, ce qui indique que le moment de l'accouchement était trop tardif : l'enfant ne pouvait passer spontanément dans la filière pelvienne. Dans les cas de mort rapide, presque tous les enfants étaient d'un poids inférieur à 2.000 gr. ; un seul pesait 3.320 (version).

Nous pouvons donc dire, avec les classiques d'ailleurs, que le prématuré qui pèse moins de 2.000 grammes aura une vitalité bien précaire. Il ne faut donc pas provoquer l'accouchement avant la fin du huitième mois. De plus, il faut bien choisir les cas : l'accouchement prématuré provoqué doit se terminer seul ; s'il n'en est pas ainsi et si les ocytociques sont incapables d'assurer la marche du travail, nous croyons que c'est le Gigli qu'il faut conseiller (multipares). Ce n'est qu'après qu'il a été refusé, ou fait et insuffisant, qu'on est autorisé d'employer le forceps. La version ne sera jamais faite après le Gigli.

Chapitre V

Procédé de choix pour la provocation de l'accouchement prématuré Sa technique

De l'étude approfondie de nos observations, il résulte, ainsi que nous l'avons vu, que le moyen le plus recommandable pour l'accouchement prématuré est celui qui emploi les ballons de Champetier de Ribes. Ceux-ci constituent le meilleur outillage que nous ayons actuellement à notre disposition. Leur emploi présente des inconvénients, mais il n'y a rien de mieux et de moins dangereux pour la mère et pour l'enfant.

La technique qui nous paraît la meilleure, la moins dangereuse pour la poche des eaux, le fœtus et l'utérus, la plus aseptique est celle qui est employée à la Maternité d'Alger ou au moins s'en rapproche beaucoup. Nous allons essayer de la préciser maintenant :

1° *Soins préparatoires.* — Toute femme qui doit accoucher sous peu doit redoubler de soins de propreté. Elle soignera sa peau et prendra de grands bains fréquents savonneux mais non irritants. Elle fera usage des bains de siège tièdes et ses organes génitaux externes seront l'objet de savonnages répétés pratiqués avec un savon peu irritant, savon à la glycérine par exemple. Si son vagin n'est pas le siège d'une inflammation d'origine microbienne, si elle n'a pas subi de toucher vaginal, ces précautions suffiront à diminuer considérablement les chances d'infection puerpérale et il ne faut rien ajouter à cet état que l'on peut dire de choix.

Cet état est rare. Ordinairement, les femmes sur lesquelles on va avoir à pratiquer l'accouchement prématuré, ont un bassin vicié qui a été souvent et longuement exploré par voie vaginale. Or le toucher préalable est toujours à pratiquer le moins souvent possible. Et, quand il l'a été, nous croyons bon d'ajouter, aux soins de propreté indiqués ci-dessus, deux injections vaginales quotidiennes pratiquées avec de l'eau stérilisée additionnée d'une faible proportion d'un antiseptique non irritant, aniodol, par exemple. Puis, après quelque temps, on cesse les lavages vaginaux et on attend encore quelques jours avant d'intervenir, afin de se rapprocher le plus possible de l'état de choix.

Si la vulve et le vagin ou leurs glandes sont le siège d'une inflammation chronique, il faut absolument amender celle-ci avant d'intervenir. C'est encore par les lavages antiseptiques faibles et à 39° qu'on y arrivera le plus facilement et le plus sûrement. On les continuera alors jusqu'au jour de l'intervention, en ayant soin d'éviter les éraillures de la muqueuse (instruments mousses, solutions antiseptiques faibles). On pourra leur adjoindre les savonnages non irritants et discrets du vagin.

S'il y a vulvite et vaginite aiguës, il faut prolonger le traitement préparatoire précédent et ne pas trop se hâter de croire à une atténuation suffisante, ou même à une guérison complète. Il est bon de laisser, après une période thérapeutique active, la femme quelques jours sans traitement pour observer son état et juger clairement si l'intervention peut se faire. On reprendra ensuite les soins antiseptiques qui seront continués jusqu'au jour de l'opération. L'usage des tamponnements non serrés, à la glycérine-thigénol, sera associé avec fruit à celui des grands lavages vaginaux faits à faible pression.

2° *Provocation de l'accouchement prématuré.* — La femme étant, le plus possible, voisine de l'état de choix, on provoquera le travail :

a) *Si le col est fermé* et ses orifices, par suite, imperméables et inaccessibles d'emblée aux ballons de Champetier de Ribes, il faut d'abord le rendre perméable. Nous recommanderions volontiers l'emploi des *bougies de Hégar*, parce que susceptibles d'une asepsie parfaite : on peut facilement en faire construire d'incurvées à courbure calculée qui permettrait une introduction facile, non dangereuse pour les membranes et qui, par l'impression à la main d'un mouvement de circumduction, permettrait de commencer le décollement du pôle inférieur de l'œuf. Mais la dilatation aux bougies est, soit un peu brutale, parce que trop rapide, soit longue et nécessitant alors la présence de l'accoucheur et une patience que ses occupations ne lui permettront pas toujours. Toutefois, le col ramolli par la grossesse se dilate très vite et facilement, surtout chez la multipare ; on peut alors introduire d'emblée, ou presque, un premier ballon et supprimer une préparation et des chances d'infection.

La *bougie de Kraüse*, laissée à demeure, est d'un emploi plus simple. On peut, comme nous l'avons déjà dit, la concevoir légèrement en béquille, forme qui lui permettra de s'insinuer facilement entre la paroi du segment inférieur et les membranes.

Nous recommandons vivement de procéder, avant l'introduction des bougies de Hégar ou de la sonde de Kraüse, à la désinfection soigneuse de la vulve et du vagin par l'alcool à 60° on même l'alcool à 90°. Il ne nous paraît pas inutile non plus de se servir d'un spéculum à branches courtes ou de valves pour découvrir l'orifice externe du col et opérer ainsi à ciel ouvert. Il nous semble utile aussi de désinfecter profondément les culs de sacs vaginaux et la surface vaginale du col à l'alcool ou à l'éther iodés. Nous savons bien que l'application d'alcool ou d'iode sur le museau de tanche peut provoquer l'interruption de la grossesse, mais cela n'est plus un inconvénient, c'est peut-être même un avantage. Si

on recule devant leur emploi, on s'adressera à l'eau oxygénée dédoublée dont, cependant, l'action en profondeur est bien limitée.

L'introduction des bougies de Hégar ou de la sonde de Kraüse sera faite avec beaucoup de précautions, une grande souplesse et une grande délicatesse : il ne faut pas rompre la poche des eaux, c'est inutile et dangereux (infection amniotique).

L'emploi d'un *colpeurynter* est tout à fait sans danger pour la poche des eaux. Il est capable, mais non toujours semble-t-il, d'amener la perméabilité du col (voire même le début du travail définitif) surtout chez la multipare. Il nous semble donc indiqué de l'employer avant tout autre moyen ; ce n'est qu'après son échec qu'on sera autorisé à recourir aux bougies de Hégar ou de Kraüse.

c) *Quand le col est, ou a été rendu, suffisamment perméable,* on introduit un ballon de Champetier de Ribes, du plus gros volume possible après s'être assuré instrumentalement que le pôle inférieur de l'œuf a commencé à se décoller. Si ce décollement n'avait pas débuté, on le ferait avec beaucoup de prudence et dans des limites modérées. Pour la position à donner au ballon, on s'inspirera de l'excellente figure que Bar donne dans sa « Pratique de l'art des accouchements ».

Je dis qu'il faut introduire le plus gros ballon possible, afin de ne pas avoir à le renouveler trop tôt et de limiter au strict minimum le nombre des interventions intra-utérines. La possession d'un ballon de petit volume et capable d'être dilaté suffisamment pour n'être expulsé qu'à la dilatation complète, nous serait particulièrement précieuse ; mais il n'en existe pas actuellement.

Le ballon introduit, on le distendra très progressivement et très lentement, à l'aide d'une liqueur colorée (pour la distinguer du liquide amniotique) et très faiblement antiseptique (permanganate de potasse). Il faut décoller progressivement le pôle inférieur de l'œuf, ne pas

refouler violemment la présentation, ce qui pourrait amener une mutation et la création d'une présentation défectueuse.

Il nous paraît bon de combiner l'usage du colpeurynter à celui du ballon de Champetier de Ribes, ainsi on prépare les voies molles et on pince le col entre deux poches des eaux et on l'oblige à s'effacer plus rapidement. On le distendra lentement aussi : mais il ne faut pas craindre de pousser la distension à l'extrême et d'employer des ballons de gros calibre.

Lorsque les ballons étant en place, les contractions ne se déclarent pas (rare) ou paraissent insuffisantes, malgré l'emploi du dernier numéro de Champetier de Ribes (ou même un numéro de moindre capacité), nous croyons qu'on est autorisé à user des substances réputées propres à exagérer la susceptibilité utérine à l'excitation. On s'adressera d'abord au sucre, l'ocytocique aliment jamais contre-indiqué et qui n'a aucun inconvénient (50 grammes toutes les 2 heures). S'il échoue, on s'adressera à la quinine (1 gr. en deux cachets, à une demi-heure d'intervalle), qui a donné quelquefois des déboires, mais rarement. Ce n'est que quand le sucre et la quinine seront restés sans effet qu'on emploiera l'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse, administré à petites doses, répétées si c'est nécessaire, et par voie sous-cutanée ou intra-musculaire. Ce n'est qu'en dernière ligne que nous recommandons les extraits d'hypophyse car nous croyons qu'on ne peut pas affirmer leur inocuité absolue.

d) Lorsque *la dilatation est complète*, il est indiqué de rompre la poche des eaux. Alors la tête (ou la présentation, quelle qu'elle soit), qui restait obstinément au-dessus du détroit supérieur, s'engage souvent et même toujours, si le cas a été convenablement choisi et si l'accouchement est provoqué au moment opportun. Si, malgré de bonnes douleurs, l'engagement ne se produit pas, on utilisera la *position de Walcher-Crouzat*, que l'on peut exagérer en plaçant, sous le siège, un fort coussin :

nous avons souvent vu, soit à terme, soit avant terme, l'engagement se faire grâce à l'emploi de cette position. Si, encore, la présentation reste mobile au-dessus de l'excavation, on aura à choisir entre le *forceps élevé* (tête tendant à s'engager ou au moins à se fixer) opération difficile et très pénible, la *version*, élégante, mais meurtrière pour l'enfant, et *l'opération de Gigli* qui est bonne pour la mère et pour l'enfant. Enfin, si après celle-ci la tête ne s'engage pas encore, on peut essayer prudemment un forceps élevé ; la version est trop disloquante. Nous rappelons que le Gigli est toujours contre-indiqué chez la primipare.

Mais, version, forceps et Gigli ne doivent faire partie qu'exceptionnellement du programme de l'accouchement prématuré provoqué. Pour donner le rendement qu'on lui demande, celui-ci devrait toujours se terminer seul et, théoriquement, il ne faut le provoquer que dans les cas où il peut en être ainsi. Mais on se heurte à beaucoup de difficultés, quand il s'agit d'apprécier la valeur fonctionnelle d'un bassin et de se faire une idée du volume de la tête d'un enfant in-utéro. La pelvimétrie radiographique s'impose de façon absolue et l'éducation du palper est absolument nécessaire pour éviter les déboires trop fréquents. C'est en s'habituant à apprécier à la main (la céphalométrie est trop approximative) le volume de la tête et en contrôlant systématiquement ses impressions par la céphalométrie après naissance, qu'on peut arriver à se rompre à ce genre d'exercice. La détermination du moment exact où il faut provoquer l'accouchement prématuré dans les bassins rétrécis est un véritable art.

CONCLUSIONS

Comme conclusions générales à notre travail, nous croyons permis de dire :

1° L'accouchement prématuré provoqué, qui doit être conservé dans le traitement des bassins légèrement rétrécis (P P M = 8 ou 8,5) doit être provoqué par la technique la plus physiologique ;

2° Nous ne sommes pas, d'après nos connaissances actuelles, en mesure de dire quelle est la cause déterminante de l'accouchement et si elle est toujours la même. Mais nous pouvons dire que l'excitation du col par un instrument intra-cervico-utérin suffit à la remplacer ;

3° Le meilleur de ces instruments est le ballon de Champetier de Ribes, il agit comme une poche des eaux artificielle ;

4° Il y a grand intérêt, pour la défense même de l'accouchement prématuré provoqué, à n'employer cette thérapeutique que quand l'accouchement peut se faire seul.

Vu .

Le Président de thèse,

Dr Jules Rouvier.

Vu :

Le Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie d'Alger,

Dr Curtillet.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 16 juin 1915.

Le Recteur de l'Académie d'Alger,

E. Ardaillon.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas la prétention de donner toutes les indications bibliographiques se rapportant de près ou de loin à la question : notre index serait illimité. Nous ne donnerons que celles qui nous ont servi à rédiger notre travail.

Aguillon. — Thèse d'Alger (1913).

Audebert. — Épilepsie et grossesse ; avortement provoqué (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, avril 1912).

V. Bagger-Jœrgensen. — De l'accouchement prématuré artificiel dans les cas d'angustie pelvienne (*Arch. mensuelles d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 161.

Baux et Roques. — Opothérapie surrénale et contraction utérine du travail (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1913, p. 294).

Bar. — Évolution de l'Obstétrique en France (*Obstétrique*, janvier 1911).

Bar. — Technique actuelle de l'opération césarienne classique. — (*Bull. Méd.*, 10 juin, 1911).

Bar. — Rapport congrès d'Obstétrique et Gyn. 1912.

Bar. — Pratique de l'art des accouchements, édit. 1914.

Boissard. — Des viciations pelviennes ; thérapeutique actuelle (*Jour. des praticiens*, n° 31, 5 août 1911, p. 481-482.

Bovis (de). — De la technique de la pubiotomie (*Obstétrique*, 1911, p. 375.

Brindeau. — Les difficultés de l'opération césarienne répétée chez la même femme (*Obstétrique* n° 1, 1909, p. 36).

Cathala. — L'ablation du corps jaune au début de la grossesse chez la femme (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynécol.*, 1912, p. 60

Channing W. Barrett. — Place que doit occuper l'hébotomie parmi les opérations destinées à faciliter l'accouchement (*The Jour. of the Amer. méd. Assoc* , 1910, 19 novembre.

*

Chirié — Le corps jaune (*Obstétrique*, 1911, p. 525.

Commandeur et Marioton. — Discussion sur la communication de Planchu, 1912.

Commandeur et Devin. — A propos du traitement de l'inertie utérine par la pituitrine, 1912.

R. Cristolfi. — Les résultats de l'hébostéotomie basés sur 500 opérations (*Gynakologische Rundschau*, H. xviii, 1911. p 661).

Delaigne. — Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de l'accouchement prématuré provoqué dans les rétrécissements du bassin (Thèse Lyon, 1909).

Delmas. — Une série d'insuccès de la médication hypophysaire (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1912, p. 374

Delmas. — Opération césarienne vaginale avant le terme après insuccès des moyens provocateurs de l'accouchement dans un cas de bassin aplati (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1913, p. 810).

Desnoues. — Doit-on conserver l'accouchement prématuré provoqué dans le traitement de la dystocie par bassin rétréci ? Vigot éditeur, 1911.

Dubrisay et Jeannin. — *Précis d'obstétrique*, 1912.

Delrieu. — La césarienne extra-péritonéale (Thèse Lyon, 1911).

Fabre. — Précis d'obstétrique, 1909.

Fabre et Bourret. — Opération de Gigli dans un bassin aplati et généralement rétréci ; accouchement spontané rapide (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 17).

Fabre et Bourret. — Un nouveau cas d'opération de Gigli (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 925.

Fabre et Rhenter. — Contraction utérine du travail et extrait d'hypophyse (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 534.

Fehling. — L'hébotomie doit-elle conserver sa place parmi les opérations obstétricales ? (*Beitrage zur Geburtshilfe und Gynakologie*, 1911, vol. xvi, fasc. 2, p. 210).

O. Fisher. — Action de la pituitrine d'après son emploi dans 50 cas d'obstétrique (*Zentr. f. Gyn.*, n° 1, 1912).

Frank (in Hartmann). — Opération césarienne répétée et accouchement supra-symphysaire (*Gyn. Rundschau*, n^{os} 22 et 23, 1910, p. 831 et 856).

Gley. — Traité élémentaire de physiologie, 1914.

Granstroem. — Un cas d'hémorragie rénale ayant nécessité l'accouchement prématuré provoqué (*Soc. d'Obst. et de Gyn. de Stokholm*, 1911).

Guibert. — De la valeur sociale de l'enfant né par l'accouchement prématuré provoqué dans les bassins rétrécis (Thèse, Lyon, 1910).

G. Hager. — Interruption de la grossesse par la pituitrine dans un cas de grossesse prolongée (*Zentr. f. Gynakologie*, n° 10, 1912).

K. Hartmann. — Opérations césariennes répétées et accouchements supra-symphysaires (*Gynakologische Rundschau*, 1910 ; H 22, p. 831 et H. 23 p. 856).

Hauch. — Hébostéotomie (Soc. de Gyn. st d'Obst. de Copenhague, 12 avril 1911).

G. Heinricius. — L'opération césarienne conservatrice cervicale transpéritonéale (*Arch. mensuelles d'Obst. et de Gyn.* 1912. p. 417).

G. Heinricius. — Césarienne extra peritonéale (*Actes de la Société médicale finlandaise*, t. li, n° 12, 1909).

Hermann Schmid. — Sur l'emploi de la pituitrine et du pantopon en accouchement (*Gyn. Rundschau*, 1911, tt. xv, p. 563).

E. Hollander. — A propos de 5 cas d'hébotomie (*Obstétrique*, 1910, p. 301).

Jacobson, Markovsey, Kiparsky, Pobedinsky, Stroganov, Palmov. — Traitement du bassin rétréci. Congrès des gynécologues et accoucheurs russes, 28-30 décembre 1913.

C. Jeannin. — Comment convient-il de poser actuellement les indications de l'opération césarienne conservatrice ? (*Progrès médical*, 17 décembre 1910).

Keim. — Du lactose comme accélérateur physiologique du travail de l'accouchement (*C. R. Soc. biol.*, 8 octobre et *Presse méd.* 9 octobre 1898).

Keim. — Du pouvoir ocytocique du sucre (*Arch, gles de méd.* 1904).

Keim. — La médication ocytocique (*Presse méd.*, 1905, p. 402).

Keim. — *Les médications nouvelles en obstétrique*, Baillière et fils, Paris, 1908.

Keim. — De l'emploi du sucre associé aux agents mécaniques dans l'accouchement provoqué (Soc. de Méd. de Paris, février 1908).

Keim. — La Pratique de la médication ocytocique (*Consultations médicales françaises*, 1913, n° 59).

Klein. — La césarienne vaginale comme méthode d'avortement et d'accouchement prématuré artificiel (*Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynakologie*, février 1911, B. 33, H. 2).

Kouwer. — La section césarienne classique et la section extra péritonéale supra-symphysaire (1911, *Obstétrique*, p. 24).

Laffont in thèse Aboulker, Montpellier, 1911.

Lassalle. — Bassin rachitique généralement rétréci et aplati, opération de Porro. Rareté de l'opération césarienne à Nîmes (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1913, p. 360).

Lequeux. — Incidents survenus à la suite de l'emploi de l'extrait d'hypophyse. — *Bull. de la Soc. de Gyn. et de Péd.*, 1912, p. 710).

Lichtenstem. — Césarienne suprasymphysaire itérative (*Zentr. f. Gyn.*, 1910, n° 26.

Le Lorier. — L'opération césarienne conservatrice après rupture des membranes (*Obstétrique*, 1910, p. 983).

Le Lorier. — L'opération césarienne conservatrice (*Obstétrique*, 1911, p. 983).

Le Lorier. — Dystocie par excès de volume du fœtus ; accouchement prématuré provoqué ; étude de deux observations (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1913, p. 6).

Loubat. — Thèse Bordeaux, 1910.

Lucas-Championnière. Doleris. — Discussion sur la communication de Cathala (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 60.

Mac-Pherson. — Opérations césariennes répétées avec résultat dans 39 cas (*Am. J. of. Obst.*, mars 1911, p. 339.

Marioton. — L'accouchement spontané dans les bassins rachitiques (*Obstétrique*, 1910, p. 775).

Marioton. — De l'avenir des femmes ayant subi l'opération césarienne conservatrice classique. Chez Vigot, éditeur, 1911.

Marioton. — Le pronostic éloigné de la césarienne classique à propos de 23 opérations césariennes itératives (*Arch. mensuelles d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 276).

Martel. — Hébotomie en position latérale. — VI[e] Congrès de Gynécologie, d'Obst. et de Pédiatrie, 23 septembre 1910.

Morat et Doyon. — *Traité de physiologie*, 1902.

J. Olow. — Y a-t-il danger de rupture utérine à la suite de la césarienne cervicale (*Zentral. f. Gyn*, 1910, n° 31, p. 1047).

F. Parache. — El extracto de Glandula pituitaria en el parto (*Anales de la Academia de Obstetrica, Ginecologia y Pediatra*, n° 47, janvier 1912, p. 1.

Parrel. — L'opération césarienne conservatrice : revue critique des nouvelles méthodes. Thèse Montpellier, 1911.

Pasquale Romeo. — I diversi metodi di dilatazione cervicale ed il dilatatore di Bossi (*La Gynecologia moderna*, décembre 1914, p. 253.

Parisot et Spire. — La médication hypophysaire en obstétrique (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1911, p. 689).

Perrin et Rémy, — Influence de l'hypophyse sur l'organisme féminin, sur la gestation, sur la descendance, etc. (*Prov. méd.*, 23 février 1912).

Pery et Balard. — Sur l'accouchement dans les bassins viciés par luxation congénitale de la hanche. (*Archives mensuelles d'Obst et de Gyn.*, 1914, p. 49).

Pestalozza. — Il taglio césareo. (*Rapport au Congrès international d'Obst. et de Gyn.*, St-Pétersbourg, 1910).

Pestalozza. — L'opération césarienne (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1910, n° 11, p. 781).

M. Peters. — Au sujet de la section césarienne portant sur la face postérieure du col suivant le procédé de Solano (*Zentralblatt f. Gynakologie*, 1911, n° 45, p. 1576).

Petersen. — Les indications de l'opération césarienne abdominale (*Surg. Gyn. and Obst.*, 1914, t. xvii, n° 2).

Pinard. — Le fonctionnement de la clinique Baudelocque in Couvelaire (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1909, p. 657).

Pinard. — De l'accouchement dans les bassins à limites étroites (*Bull. méd.*, 1912, n° 21.

Planchu et Montcharmant. — Mortalité des prématurés à la nourricière Rémond (*Réunion Obstétricale de Lyon*, 22 déc. 1909).

Planchu. — Opération césarienne pratiquée pour la troisième fois chez la même femme (*Réunion Obstétricale de Lyon*, 18 janvier 1911).

Planchu. — La mortalité des prématurés dans ses relations avec les causes de la prématurité (*Arch. mensuelles d'Obst. et de Gyn.*, 1913, p. 59.

Planchu. — La fécondité de la femme après l'opération césarienne conservatrice (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 974).

Poirier, — Traité d'Anatomie, édit. 1905.

Polano. — Section césarienne portant sur la face postérieure du col (*Zentralblatt f. Gynakologie*, 1911, n° 40, p. 1394).

Potret. — Contribution à l'étude anatomique histologique et physiologique du corps jaune pendant la grossesse (Thèse, Paris, 1911).

Pouliot et Vayssières. — Quelques essais de provocation de l'accouchement par les injections d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 606).

Poux. — Accouchement provoqué à terme chez une multipare dont la précédente grossesse paraissait avoir dépassé le terme de la grossesse (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1913).

Puech et Vanverts. — Du rôle du corps jaune dans la nidation et le développement de l'œuf chez la femme (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.* 1912).

Ribemont Dessaignes — Traité d'Obstétrique, 1913.

Richet. — Dictionnaire de Physiologie.

Romalo Costa. — Etudes anatomiques et observations cliniques ayant trait à la pubiotomie (*Ann. di Ostetrica e Ginecologia*, juin 1910, p. 457).

Roncaglia. — Contribution à la statistique de l'opération césarienne (*Annali di Ostetrica e Ginecologia* t. xxxv, n° 7 ; *Annales de Gyn. et d'Obst.*, mars 1914).

Rosenthal. — Un nouveau ballon pour dilatation. (Soc. belge de Gyn. et d'Obst. 8 février 1914).

J. Rouvier et Benhamou. — Du rôle du syndrome surréno-vasculaire dans l'œdème aigu du poumon chez les femmes enceintes. (A l'impression).

Rouvier et Laffont. — Accouchement prématuré provoqué dans un cas de placenta prœvia (*Bull. méd. de l'Algérie*, n° 13, juillet 1910).

Rouvier. — Congrès G. O. P. de Toulouse 1910.

J. Rouvier. — A propos des césariennes de choix (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1913, p. 783).

W. Rubeska. — Césarienne supra-symphysaire réitérée *Zentr. f. Gyn.* n° 26, 1910.

P. Schick. — Un cas de rupture utérine après la césarienne classique (*Deutsche mé tizinische Wochenschrit*, 1911, n° 37, p 1690).

J. Scott et Isaac Ott. — Effets des extraits d'organes sur la contraction utérine (*Amer. Journal of Obst.*, may 1910).

A. Siguret. — Faits pour servir à l'étude de l'action ocytocique de l'extrait de lobe postérieure de l'hypophyse (*Arch. mensuelles d'Obst. et de Gyn.*, 1912, p. 490).

Solms. — Opération césarienne latérale (*Zentr. f. Gyn.*, 1909, n° 31).

R. Stern. — Provocation et augmentation des contractions par la pituitrine (*Zentr. f. Gyn.*, 1915, n° 31, p. 1113-16).

Stroganoff.— Sur la pubiotomie (*Gyn. Rundschau*, 1911, H. 2, p. 39)

Testut. — Traité d'anatomie, édit., 1912.

J. Tikanadzé — Pyélite gravidique comme indication pour l'interruption de la grossesse (*Journal d'Obst. et de Gyn*, de St-Pétersbourg, Janvier (*Analysé in Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1911).

Toth. — Sur l'hébotomie (*Abandlungen aus dem Gebite der Geburtshülfe und Gynakologie*, 1909, Bd 1, Heft 2.

H. Treub. — La thérapie obstétricale de l'avenir (*Analysé in Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1910).

Turenne. — Triple orientation de l'Obstétrique et de la Gynécologie moderne. Leçon inaugurale (*Revista de los Hospitales*, n° 41 mars 1912).

Von der Heide. — Recherches expérimentales et biologiques sur le début du travail (*Munchener Mediziinsche Wochenschrift*, 8 avril 1911, n° 32, p. 1705-1709).

Van der Hœven. — Obstétrique, décembre 1909.

Van der Velde. — Sur l'hébostéotomie, Obstétrique, 1911, p. 852.

Vayssières. — Thèse de Paris, 1912.

Voron, — Peut-il être indiqué d'interrompre la grossesse chez les diabétiques ? (*Journal de Médecine*, p. 857-865, 1911).

Voron et Gravier. — Un cas d'hémorragie consécutive à l'introduction d'une bougie de Krause ; Réunion obstétricale de Lyon, 16 novembre 1911).

Wallich. — Éléments d'Obstétrique 1913.

Wallich et Fruhnisholz. — Rapport sur l'avenir du prématuré (Soc. Obst. de France, xiv[e] session, Paris, 5-7 octobre 1911.

M. T. Willink. — L'augmentation du conjugué vrai par un procédé non sanglant (*Analysé in Ann. de Gym et d'Obst.*, 1910).

Witridge Williams. — L'hébotomie est-elle une opération rationnelle (*Amér. Journal of Obstetric*, may 1910).

ALGER — TYPOGRAPHIE ADOLPHE JOURDAN — ALGER

Alger — Typographie Adolphe Jourdan — Alger